

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra primárního vzdělávání
Studijní program: Učitelství pro základní školy
Studijní obor (kombinace): Učitelství pro 1. stupeň základní školy

Problematika edukace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ

The problems concerning the education of junior primary school pupils with ADHD

Autor: Lucie Gebriánová

Podpis:

Adresa:

Havlíčková 3996/12

466 01, Jablonec nad Nisou

Vedoucí práce: Mgr. Jana Wernerová

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
88	18	0	11	23	2

V Liberci dne: 9.12.2009

Katedra: Pedagogiky a psychologie

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(pro magisterský studijní program)

pro (diplomant)

Lucie Gebriánová

adresa:

Havlíčková 12, Jablonec nad Nisou 466 01

obor (kombinace):

Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

Název DP:

Problematika edukace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ

Název DP v angličtině:

The problems concerning the education of junior primary school pupils with ADHD

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Wernerová

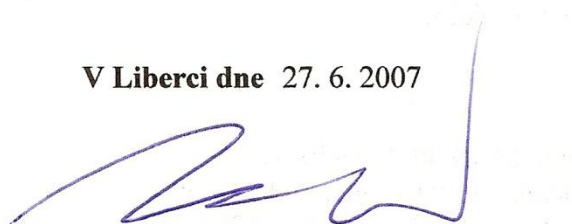
Konzultant:

Termín odevzdání:

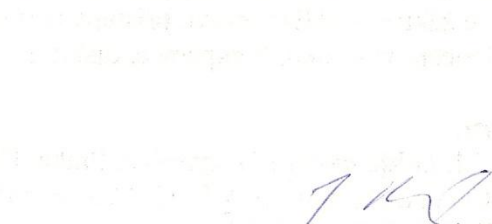
Květen 2008

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné.resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 27. 6. 2007



děkan



vedoucí katedry

Převzal (diplomant):

LUCIE GEBRIÁNOVÁ

Datum:

16. 1. 2008

Podpis:

LUCIE GEBRIÁNOVÁ

Název DP: Problematika edukace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ

Vedoucí práce: Mgr. Jana Wernerová

Úvod: Náročnost zvládání požadavků školní výuky pro znevýhodněné žáky (ADHD).

Cíl: Zjistit možnosti edukace a osobnostního rozvoje žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ (působení učitelů na tyto žáky). Vytvoření obrazu současného stavu ve školství z hlediska této problematiky.

Struktura práce:

Teoretická část – Charakteristika dítěte mladšího školního věku (psychické zvláštnosti)

- ADHD (terminologie, charakteristika, příčiny)
- Metody práce při vzdělávání a výchově těchto žáků

Praktická část - Vzdělávání a výchova žáků s ADHD ve školské praxi (zaměření na 1. stupeň ZŠ): výzkumné šetření (dotazník) – komparace, závěry

Požadavky:

- 1) Zorientovat se v odborné literatuře k dané problematice
- 2) Nastudovat speciální metody vzdělávání a výchovy žáků s ADHD (soustředit se na 1. stupeň ZŠ)
- 3) Zrealizovat výzkumné šetření (vytvoření vhodného výzkumného nástroje) – možnosti edukace žáků s ADHD v praxi, přístupy učitelů k těmto žákům
- 4) Vyhodnocení výsledků, komparace, diskuse, závěry

Literatura:

- ČERNÁ, M. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: UK, 1994. ISBN 80-7066-597-1
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD*. Praha: D+H, 1996.
- MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-033-4
- RIEFOVÁ, S. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4
- TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-131-2
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: UK, 1995.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie školního dítěte*. Praha: UK, 1995.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4

Prohlášení o původnosti práce

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně, a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Jablonci nad Nisou 16.2.2009

Lucie Gebriánová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Wernerové za její vedení, odborný dohled, cenné rady, připomínky a materiály při zpracování této diplomové práce. Velmi si vážím její ochoty a vstřícnosti kdykoli mi pomoci. Dále děkuji všem učitelům, kteří se podíleli na výzkumu.

Jsem si vědoma toho, že je diplomová práce majetkem školy, a že s ní nemohu sama bez svolení školy disponovat. Diplomová práce může být zapůjčena či objednána (kopie) za účelem využití jejího obsahu.

Jméno: Lucie Gebriánová

Adresa: Havlíčkova 12, 466 01 Jablonec nad Nisou

Podpis:

ANOTACE

Práce se zabývá problematikou edukace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ. Skládá se z teoretické části, která zprostředkovává poznatky o dítěti mladšího školního věku, především z hlediska psychických zvláštností. Podrobněji se zabývá poruchami chování, jejich základní charakteristikou, projevy, příčinami a dále metodami práce při vzdělávání a výchově těchto žáků. Praktická část je zaměřena na možnosti edukace a osobnostního rozvoje žáků s ADHD ve školské praxi, na přístupy učitelů k těmto žákům. Práce je doplněna seznamem příloh.

ANNOTATION

Die Arbeit befasst sich mit Edukationproblematic der Schüler mit ADHD auf der ersten Stufe der Grundschule. Sie besteht aus den teoretischen Teil, welche die Kenntnisse von Schülern der jüngeren Schulaltersgruppe vermittelt, vor allem vom Standpunkt der psychischen Ungewöhnlichkeiten. Ausführlicher befasst sie sich mit Verhaltensstörungen, deren Grundcharakteristik, Äusserungen, Ursachen und weitere Arbeitsmethoden bei Bildung und Erziehung dieser Schüler. Der praktische Teil konzentriert sich auf Edukationmöglichkeiten und persönliche Entwicklung der Schüler mit ADHD in der Schulpraxis und Zugang der Lehrer zu diesen Schülern. Die Arbeit ist mit einem Beilagenverzeichnis ergänzt.

SUMMARY

The work concerns itself with the education of pupils with ADHD at the junior level of primary school. It consists of a theoretical part which presents knowledge of the child at the youngest school-going age, especially from the point of view of mental peculiarities. It concerns itself in detail with behaviour disorders, their basic characteristics, manifestations, causes and other methods of work when educating and training these pupils. The practical section focuses on the options for the education and personal development of pupils with ADHD in school practise and on the approach of the teachers to these pupils. The work has been supplemented with a list of annexes.

Seznam použitých zkratk

CNS – centrální nervová soustava

LMD – lehké mozkové dysfunkce

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity

ODD – opoziční chování

EEG – elektroencefalogram

ICD – The International classification of Diseases, 10 edition

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SPC – speciálně pedagogické centrum

MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OBSAH

A. ÚVOD	12
B. TEORETICKÁ ČÁST	13
I. ADHD	13
1. Vymezení základních pojmů (LMD, ADHD, ADD)	13
1.1 Definice ADHD	15
1.2 Současná terminologie	15
1.2.1 Rozdíly mezi MKN-10 a DSM-IV	15
2. Výskyt ADHD v populaci	16
3. Příčiny vzniku ADHD	16
4. Projevy ADHD	17
4.1 Porucha koncentrace pozornosti a paměti	18
4.2 Impulzivita a malé sebeovládání	18
4.3 Hyperaktivita	19
4.4 Agresivní chování	19
4.5 Poruchy motoriky	20
4.6 Emoční poruchy a poruchy chování	20
4.7 Poruchy řeči, vnímání a myšlení	21
5. Diagnostika	22
5.1 Diagnostická kritéria	23
5.2 Informace potřebné k diagnostice ADHD	24
5.3 Užitečné diagnostické nástroje	24
6. Souvislost mezi ADHD a dalšími obtížemi	26
6.1 Poruchy připomínající syndrom ADHD	26
7. Možnosti prevence	27
7.1 Prenatální prevence	27
8. Prognóza ADHD	27
9. Legislativa v ČR	28
9.1 Individuální vzdělávací program	30
9.2 Strategie tvorby IVP	31

II. Metody práce při vzdělávání a výchově dětí s ADHD	32
1. Reedukace ADHD	32
1.1 Hlavní zásady při práci s dětmi s ADHD	33
1.2 Metody práce ve škole	35
1.3 Poradenské nápravné postupy	41
2. Využití terapií při reedukaci dětí s ADHD	42
3. Psychoterapie	44
3.1 Behaviorální terapie	44
3.2 Rodinná terapie	44
3.3 Individuální práce (psychodynamická terapie)	45
4. EEG-Biofeedback	45
5. Farmakoterapie	46
5.1 Přehled léků k léčbě ADHD	47
III. Charakteristika dítěte mladšího školního věku	48
1. Dělení školního věku a základní charakteristika	48
2. Psychická zralost	49
3. Sociální a emocionální zralost	50
4. Fyzická zralost	51
C. PRAKTICKÁ ČÁST	52
I. Výzkum	52
1. Stanovení cíle výzkumu, výzkumného problému a výzkumných otázek	52
2. Popis použitých metod	53
3. Charakteristika prostředí a respondentů	54
4. Realizace výzkumu	59
4.1 Vyhodnocení dat	59
5. Shrnutí výsledků šetření	76
II. Kazuistika	78
D. ZÁVĚR	84
Seznam literatury	85
Přílohy	87

A. ÚVOD

MOTTO:

„Vychovávat dítě znamená přijmout je se všemi jeho zvláštnostmi dětské bytosti. Znamená to, že jim nabízíme ve svém domě dobré místo a budeme jim poskytovat podporu a jistotu tak dlouho, až budou schopny jít svou cestou.“

Jiřina Prekopová

„Před narozením dítěte se Vás možná někdo zeptal, jestli chcete raději chlapečka nebo holčičku. Nejspíš jste odpověděli, že je Vám to jedno, hlavně když dítě bude zdravé.“
(Train, 2001, str.11)

Po tom touží většina rodičů před narozením dítěte, i později, když povyroste. Přejí si, aby se mu dařilo ve škole, aby mělo spoustu kamarádů a bylo ve všem úspěšné, zkrátka chtějí, aby jim dítě přinášelo radost. To se však bohužel zaručit nedá.

Asi 7 % předškolních dětí má problémy odborníky označovanými za průměrné a dalších 15 % má potíže mírné. Jinými slovy jedno dítě z pěti je postiženo určitým druhem poruchy.

(Train)

Je to právě porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, které se v nynější době věnuje stále více pozornosti než dříve. Tento problém nelze považovat za nemoc, která se dá vyléčit. Dítě se syndromem ADHD z této poruchy nikdy nevyroste a s jejími projevy se bude potýkat celoživotně. Na kolik budou tyto děti v životě úspěšné, záleží především na přístupu lidí, podílejících se na výchově a vzdělávání a to především rodiče, běžní učitelé, speciální pedagogové, psychologové a další poradenská pracovníci.

Učím na Základní škole praktické v Jablonci nad Nisou a s problematikou ADHD se setkávám denně. Často si kladu otázku, jak dětem, jež jsou mi svěřeny, můžu pomoci lépe zvládat školní povinnosti. Domnívám se, že se především musí vycházet vstříc potřebám těchto dětí, jak vytvářením vhodného prostředí, tak je umět i vybavit takovými dovednostmi, aby byly schopné se s dostatečným sebevědomím dále rozvíjet.

Jelikož mě toto téma velice zajímá, chtěla bych se mu více věnovat a pokusit se o vytvoření částečného obrazu současného stavu školství z hlediska problematiky ADHD. Pomoci shromáždit různé pohledy na edukaci těchto dětí a návrhy podpůrných opatření.

B. TEORETICKÁ ČÁST

I. ADHD

Existuje velké množství definic, které vymezují pojem ADHD. Jejich obsah se postupně měnil v souvislosti s vědeckým výzkumem a poznatky.

1. Vymezení základních pojmů (LMD, ADHD, ADD)

V dnešní době se setkáváme s různými označeními. Název LMD (Lehká mozková dysfunkce), hyperkinetický syndrom nebo specifická porucha chování. Nejnověji zaváděné termíny přesněji vystihují stav dítěte, které má při učení problémy i přesto, že se ve svém názvu opírají pouze o jediný podstatný symptom celkového stavu dítěte. Jedná se o syndromy označené zkratkami – ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders - hyperaktivita s poruchou pozornosti) a ADD (Attention Deficit Disorders – prostá porucha pozornosti).

Lehká mozková dysfunkce je souhrnný název pro nerůznější příznaky v některých funkčních oblastech, které mají původ v orgánovém poškození mozku, které však nemají ložiskové příznaky v podobě obrn

(Sovák, 1981, str. 390) .

Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné inteligence s určitými poruchami učení a chování. Tyto poruchy jsou spojeny s odchylkami funkcí centrálního nervového systému – oslabení funkce CNS.

U LMD jde o lehké odchylky vývoje mozku, které nejsou těžkými neurologickými poruchami. Jedná se o funkční poruchy mozku a nikoliv o mentální poškození. Poruchy se začínají projevovat během vývoje dítěte na určitém vývojovém stupni jeho zralosti.

Rozumové schopnosti, čili inteligence, jsou zpravidla přitom nedotčeny, ale nervový systém jako by zůstal mladší a nevyspělejší. Odtud „dysfunkce“.

(Matějček, 1989, str. 238)

Zkratkou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) se označuje hyperkinetický syndrom, tedy porucha pozornosti s hyperaktivitou nebo syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou. Tento pojem se poprvé objevuje v devadesátých letech dvacátého století v USA.

Davidson a Neale (2001) dělí ADHD podle symptomů do dalších subkategorií:

- Rozlišujeme:
1. prostá porucha pozornosti - ADD (Attention Deficit Disorder)
tj. porucha pozornosti bez hyperaktivity
 2. hyperaktivita a impulzivita
 3. spojením obou typů obtíží vzniká porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou

Barkley rozlišuje další subkategorie:

4. ADHD s agresivitou
5. ADHD bez agresivity
6. ODD (Oppositional Defiant Disorders) – opoziční chování

Pro učitelskou profesi je důležité rozlišení ADHD s agresivitou a bez agresivity. Práce ve třídě bude potřebovat rozdílný přístup k žákovi pouze s hyperaktivitou a impulzivitou a k žákovi agresivnímu, který ohrožuje spolužáky. „DSM – IV (1994, 2000) uvádí ještě nespecifikovaný typ ADHD. Projevuje se nápadnými příznaky ADHD při absenci kritérií pro výše uvedené typy.“

(Zelinková, 2003, str. 195)

Děti s ADHD mají problémy s dodržováním pravidel chování a nedokážou delší dobu opakovaně dělat určité pracovní úkony.

1.1 DEFINICE ADHD

„ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“

(Zelinková, 2003, str. 264)

1.2 Současná terminologie

V nynější době se setkáváme s terminologií z Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN – 10 (ICD – 10) z roku 1992 – hyperkinetické poruchy a terminologií z klasifikačního systému Americké psychiatrické asociace, DMS – IV z roku 1994 – ADHD.

1.2.1 Rozdíly mezi MKN-10 a DSM-IV

„ Z tradice plyne, že psychiatři v ČR stejně jako ve Velké Británii dávají při určování psychických diagnóz přednost diagnostickým kritériím podle MKN-10.“

(Munden a Arcelus, 2008, str. 18)

Mezi diagnostickými kritérii MKN-10 a DMS-IV jsou značné rozdíly, vztahující se zejména k podobným syndromům, které dohromady vytvářejí diagnózu a byla jim dána podobná, ale odlišná diagnostická označení, a to „ADHD“ (DSM-IV) a „Hyperkinetická porucha“ (MKN-10).

Důležitými rozdíly mezi klasifikačními systémy:

a) „DSM-IV klasifikuje vlastnost „často je nepřiměřeně upovídané“ jako příznak hyperaktivity. MKN-10 uvádí podobný a přesnější popis chování „mluví nadměrně bez

ohledu na společenské zvyklosti a zábrany“ jako příznak impulzivity.“

b) DSM-IV vyžaduje, aby šest i více symptomů pro hyperaktivitu - impulzivitu přetrvávalo po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepříznupůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu.

(Munden, Arcelus, 2008, str. 19)

2. Výskyt ADHD v populaci

Četnost této poruchy v dětské populaci je poměrně značná, v literatuře jsou uváděny různé hodnoty, v průměru jde asi o 3 % dětí, především chlapců. U dívek je častější porucha pozornosti bez hyperaktivity. Ve studiích z posledních let údaje o výskytu LMD rostou, zhruba na 15 % dětské populace. U chlapců se tyto poruchy objevují častěji a to vzhledem k jejich pozdějšímu vyžívání mozku. Nejzávažnější příznaky lehké mozkové dysfunkce se projevují u dětí školního věku.

(Matějček, 1989)

3. Příčiny vzniku ADHD

V současné době nejsou zcela známy příčiny ADHD a nelze je vždy jednoznačně určit. Vznikají nejčastěji drobným poškozením centrální nervové soustavy v raném vývoji, tj. před narozením, při porodu a časně po porodu. Některé děti se již od brzkého věku vyznačují některými problémy charakteristickými pro ADHD. Někdy obtíže vymizí a dítě se dále vyvíjí normálně v souladu s normami, jindy přetrvávají celý školní věk až do dospělosti. Nemůžeme předpokládat úplné zmizení symptomů s přibývajícím věkem dětí. Symptomy sice nejsou tolik závažné, ale cca. u 65 – 80 % přetrvávají.

Významným podílem je genetická dispozice (získaná dědičností). U rodičů, kteří mají ADHD, existuje 50 % pravděpodobnost, že jejich potomci budou postiženi stejným způsobem. Co se skutečně dědí, není přesně známo, ale pravděpodobně jsou to změny ve struktuře a fungování mozku.

Dále se může jednat o kombinaci obou uvedených vlivů či o opožděný vývoj CNS (pozdější zrání CNS). Výzkumy, které se prováděly v padesátých letech minulého století, se shodují se současnými vyšetřeními v tom, že role toxinů z vnějšího prostředí má velký vliv na vznik ADHD (např. otrava olovem ze znečištěného životního prostředí).

K dalším možným příčinám patří komplikace, poranění nebo užívání drog a alkoholu v těhotenství. Vedou se spory i o souvislost mezi stravou a vznikem ADHD, toto však nebylo zatím prokázáno.

(Train)

Psychologické teorie předpokládají, že hyperaktivita je podmíněná současným spojením dispozice k tomuto chování a způsobem výchovy. Je-li dítě s dispozicemi k nadměrné aktivitě, pohyblivosti a náladovosti stresováno netrpělivým a nedůtklivým rodičem, nemohou se utvářet správné vzory chování a komunikace. Dítě nesplňuje očekávání rodiče, je stále káráno a jejich společné kontakty končí téměř vždy různou úrovní hádek. Nevhodné vzory chování se u dítěte stabilizují, dítě není schopno plnit školní požadavky a dostává se do konfliktů se školním řádem. Tyto příčiny zřejmě hrají roli ve vývoji obtíží a posilování negativního chování, frekvenci a intenzitě nežádoucích projevů.

4. Projevy ADHD

Děti, u kterých se tyto poruchy projevují, často vyrůstají v nefungující rodině. Mezi příbuznými se mohou vyskytovat psychopatologické jevy. Takovéto děti mají problémy s navazováním kontaktů s vrstevníky, nejsou schopni se podříditi autoritě, projevuje se u nich agresivita a nesnášenlivost. Ve škole podávají slabší výkony a problémy řeší agresivně.

(Riefová)

„Projevů je celá řada, ale ne všechny příznaky platí pro každé dítě a jejich stupeň se bude případ od případu lišit. Každé dítě je totiž jedinečná bytost a vykazuje jinou kombinaci projevů chování, silných a slabých stránek, zájmů, vloh a dovedností.“

(Riefová, 1999, str.19)

4.1 Porucha koncentrace pozornosti a paměti

„Tato porucha se vyznačuje tím, že dítě není schopno se soustředit, dokončit úkol nebo koncentrovat svou pozornost.“

(Train, 2001, str.32)

Potíže s udržením pozornosti a aktivitou začínají vycházet najevo teprve, když dítě nastoupí do školy. Dostává se do nové pro něho neznámé situace, nového prostředí, kdy musí tiše sedět a zapojovat se do školních činností a dosahovat v nich určitých výsledků. Dítě s ADHD se tak ve škole začíná od ostatních dětí lišit.

Dítě nevydrží dlouho u jedné činnosti a žádný jeho zájem není trvalý. I když si hraje, zajímá ho více než hra, co se děje v jeho okolí a dokáže ho vyrušit každou chvíli něco jiného. Když se pustí do nějaké práce, není schopno ji dokončit a stále přebíhá od jedné věci ke druhé. Většinou i myšlenkami je dítě každou chvíli někde jinde, a proto se zdá, jako by neslyšelo, ale co se mu říká nezaregistruje. Nikdy není schopno najít své věci, nechává je ležet a zapomíná kde, a také o své věci nepečuje.

Dle Mundera a Arceluse jsou charakteristickými projevy i poruchy v oblasti krátkodobé paměti, ať už sluchové nebo zrakové. Výsledkem je to, že si dítě pamatuje buď jen část jemu prezentované informace nebo vůbec nic. Z těchto důvodů dítě nereaguje správně na pokyny a je proto často označováno za zapomnětlivé, nespolehlivé i líné. Jelikož si dítě všechny informace nezapamatuje, ovlivňují poruchy krátkodobé paměti i přípravu na vyučování. Ztíženě a namáhavě si zapamatovává a vybavuje informace.

(Arcelus,Munden, 2008)

4.2 Impulsivita a malé sebeovládání

Děti nejsou schopné kontrolovat své projevy a nedokážou ovládat své chování. Dělají právě to, co je napadne v danou chvíli a teprve potom přemýšlí o situaci, protože nedovedou domýšlet důsledky svého jednání, chybí fáze rozmyšlení. Jsou hodně zranitelní, protože se pouštějí do fyzicky nebezpečných činností a nepřemýšlejí jaké jim hrozí následky. Projevuje se u nich netrpělivost, popudlivost, reagují okamžitě bez rozmyslu. Tyto děti ruší své okolí častým a nadměrným mluvením, skákáním do řeči a to na ně reaguje negativně. (Arcelus, Munden)

4.3 Hyperaktivita

U hyperaktivních dětí se setkáváme se slabou pozorností a motorickým neklidem. Dítě se není schopno déle soustředit.

Hyperaktivní děti se často vrtí na židli, třepají rukama i nohama, opouští své místo, když by měly sedět, běhají v případě, kdy je to nevhodné, nejsou schopny si klidně hrát, nebo provádět klidovou činnost ve volném čase. Mají problémy stát v řadě, při skupinových hrách a činnostech.

Děti s ADHD dělají často chyby ve školních úkolech a to z nedbalosti, mají obtíže při koncentraci, nepracují dle instrukcí, práci nedokončují a mají na svém místě nepořádek. Nedokážou své aktivity organizovat, často oddalují domácí úkoly, které vyžadují intenzivní mentální úsilí. Ztrácí věci, které potřebují na vyučování.

Často se nechají rozptýlit podněty, které nepatří k věci a zapomínají věci, které potřebují k denní činnosti.

„Uvedené projevy se musejí objevovat doma i ve škole, popř. na jiných místech. Není-li tomu tak, lze předpokládat, že možnou příčinou obtíží je nesprávná výchova v rodině nebo nevhodné postupy či podmínky ve škole.“

(Zelinková, 2003)

4.4 Agresivní chování

„ADHD s agresivitou se blíží opozičnímu chování. Charakteristická je nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, časté antisociální chování (krádeže, rvačky). Rodinné prostředí bývá dysfunkční. Obtíže vyžadují intenzivní péči více odborníků, medikamentózní léčení. Čím později se začne s uplatňováním intervenčních technik, tím menší je naděje na zlepšení. Problémy v chování někdy vedou k odebrání dítěte od rodiny.“

(Zelinková, 2003, str. 197)

4.5 Poruchy motoriky

Projevují se potížemi v jemné a hrubé motorice, volně podle Jucovičové a Žáčkové (1990). Při postižení hrubé motoriky se dítě jeví jako nešikovné, neohrabané a těžkopádné s neobratnými, nepřesnými, křečovitými a málo koordinovanými pohyby. Nedokáže sehrát pohyby dolních a horních končetin. Proces zautomatizování pohybů je dlouhodobý. Ve škole má problémy v pracovním vyučování, tělesné výchově a bývá často dyspraktické.

Porucha jemné motoriky způsobuje problémy v sebeobslužných činnostech např. oblékání, zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, zacházení s příborem při jídle. Ve škole obtížně zvládají pohybové soutěžní hry, hry s ostatními dětmi, mívají problémy s kreslením, rýsováním a písmem, tj. nečitelné, kostrbaté, neúhledné, atd. Nemají dostatečně uvolněnou ruku při psaní a kreslení.

Poruchou ovlivněná motorika mluvidel dává vznik artikulační neobratnosti, tj. problémy v řeči ve vyslovování dlouhých obtížných slov a specifické asimilaci řeči, obtížně vyslovuje slova se sykavkami, tvrdými a měkkými slabikami.

4.6 Emoční poruchy a poruchy chování

Děti s ADHD trpí emoční labilitou, tzn. jsou citově nestálé. Mívají časté změny nálad, střídání pláče a smíchu, nepředvídatelné citové reakce i bez pochopitelné příčiny. (v některých případech závislé na atmosférickém tlaku, klimatických podmínkách, apod.) Jsou proto často označováni za náladové.

Vyznačují se také výkyvy ve výkonnosti, které souvisí s výkyvy nálad, kolísáním koncentrace pozornosti, zvýšenou afektivitou a unavitelností. Někdy vše zvládnou bez problémů, ale jindy ten samý úkol nedokážou splnit vůbec.

Typickým projevem je nízká frustrační tolerance, tzn. jsou podněty, které tyto děti dokážou přivést až k afektivnímu výbuchu, zatím co normální děti vůbec nevyvedou z míry. Takto neadekvátně reagují i na nevýznamné podněty (např. učitel řekne s naprostým klidem „Pojď smazat tabuli“ a dítě zareaguje neadekvátně až agresivně, ať už vůči věcem či učiteli).

Mají zvýšenou potřebu bránit se, jsou celkově zranitelnější a vnímavější. Navenek mohou vypadat klidně, uvnitř se však může hromadit nespokojenost, napětí a stačí

nepatrný podnět a dochází k afektivnímu nebo agresivnímu výbuchu.

Mají sníženou schopnost empatie (neschopnost vcítění se do pocitů druhých lidí), těžce rozlišují vhodnost a nevhodnost svého chování. Je pro ně obtížné najít si kamarády mezi svými vrstevníky.

Úplně stejně jako každé jiné dítě však touží po náklonnosti, lásce, uznání i obdivu, ale právě vzhledem ke snížené schopnosti empatie projevenou náklonnost opětuji neadekvátním způsobem (tzn. jsou nepřírozeně mazlivé, vtíravé až „vlezlé“). Z důvodu opakovaného selhávání v různých situacích trpí pocity méněcennosti a jsou často nešťastné.

(Train)

4.7 Poruchy řeči, vnímání a myšlení

- opožděný vývoj řeči - mluví mnohem později než jejich vrstevníci, řeč je obsahově chudší a jednodušší
- dyslálie (tj. porucha s vadou výslovnosti) - hůře vyslovují některé hlásky a to nejčastěji sykavky – s, c, z, š, č, ž a také r, ř
- artikulační neobratnost – nezvládají vyslovování dlouhých, cizích, náročných slov a slov se souhláskovými shluky, jednotlivé hlásky však vyslovují správně.
- specifické asimilace – chybně vyslovují tvrdé a měkké slabiky, sykavky ve slovech, kde se objevují zvukově či artikulačně blízké hlásky, na základě toho i v písemném projevu
- možný vznik SPU (dysgrafie, dyskalkulie, dyslexie, dysortografie)
- porucha tvorby pojmů – způsobuje omezenější slovní zásobu, špatně se rychle vyjadřují, mají problémy při vyprávění, nedokážou sdělit, co si myslí a cítí
- chaotický řečový projev
- problémy v komunikaci
- neschopnost pochopení obsahu sdělení
- omezený nebo snížený jazykový cit – např. neschopnost aplikovat gramatická pravidla (problémy především ve čtení a psaní)
- neschopnost používat naučená pravopisná pravidla – ovládají je pouze teoreticky, při používání v praxi selhávají

- poruchy funkce sluchového a zrakového vnímání
- poruchy pravolevé a prostorové orientace a orientace v čase
- porucha analyticko-syntetické činnosti – neumí složit a rozložit slovo z písmen a hlásek (jak po stránce sluchové, tak zrakové), problémy analyzovat pohyby z celku nebo naopak
- nerovnoměrný nebo opožděný vývoj od konkrétního myšlení k abstraktnímu
- nepružné, ulpívavé a zabíhavé myšlení
- porušeno pojmové myšlení (myšlení souvisí s řečí)

5. Diagnostika

Pokud máme problémy s chováním dítěte, měli bychom ho nechat odborně vyšetřit. Poruchy nemusí vždy souviset s ADHD. Někdy mohou souviset s jeho zdravotním stavem, ať už jde například o poruchu sluchu, zraku, či štítné žlázy, která může mít za následek nesoustředěnost nebo hyperaktivitu. Může jít o neurologickou poruchu, jako je Tourettův syndrom, který se vyznačuje tiky a nechtěnými výkřiky. Poruchy pozornosti mohou také souviset se záchvatovým onemocněním, jako je epilepsie.

Ovlivnit chování dítěte mohou i některé potraviny, např. konzervanty, umělá barviva, potravinové přísady, které mohou způsobit vzrůst hyperaktivity.

Mnoho rodičů si myslí, že chování dítěte se bude s rostoucím věkem zlepšovat a problémy postupně zmizí. Dítě se s obtížemi možná v budoucnu vyrovná a situace se do jisté míry ustálí. Pro dítě s poruchou ADHD není přizpůsobování jednoduché, z důvodů stálého kritizování a odmítání, a to často vede ke vzniku druhotných poruch v jeho chování. Špatné chování se tím jenom posiluje, vyvolává kritiku a pocity nejistoty.

Pokud mají rodiče s dítětem problémy v chování, neměli by příliš dlouho čekat, ale v co nejkratší době vyhledat odborníka, který dítě vyšetří, diagnostikuje a určí další postup. Zvyšuje se tím šance nápravy. Včasná diagnóza je důležitá, zabrání se tak prohlubování problému. Diagnóza zjištěná u dětí v předškolním věku, ještě před zahájením školní docházky, vede ke zlepšení. Pokud není porucha rozpoznána, může dojít k vážnému narušení vztahu dítěte a okolí, také k selhání v procesu učení a v získávání praktických dovedností. Časem může docházet u těchto dětí k delikventnímu chování nebo drogové závislosti.

K určení diagnózy existuje mnoho testů, jako například testy na pozornost, testy na výdrž, atd. Velmi důležité je také vyšetření inteligence.

Diagnózu určují vždy odborníci v pedagogicko-psychologických poradnách, zdravotnických zařízeních a speciálně pedagogických centrech. K určení diagnózy je třeba zvážit mnoho faktorů, které na chování dítěte působí.

Diagnóza se stanoví dle závazných pravidel. Chování dítěte musí odpovídat minimálně 6 z 9 diagnostických kritérií a musí přetrvávat nejméně 6 měsíců. Navíc jsou projevy chování rušivé a problematické ve škole i mimo ni a nepovažují se za odpovídající věku dítěte – jeho celkové vývojové úrovni.

5.1 Diagnostická kritéria

A) diagnostická kritéria - porucha pozornosti

- neudrží pozornost a nedokáže se soustředit na dostatečně dlouhou dobu
- nedokončí svou činnost a nejedná dle pokynů
- nedokáže se intenzivně soustředit
- vypadá, že neposlouchá, když na něho někdo mluví
- často je zapomnětlivý v denních činnostech
- nezorganizuje si postup své práce, je chaotický
- vyhýbá se činností, které vyžadují dlouhodobé soustředění
- často ztrácí své věci
- nechá se rozptýlit vnějšími podněty

B) diagnostická kritéria – hyperaktivita a impulzivita

- vyrušuje a obtěžuje kolektiv
- často příliš mluví
- neustále aktivní
- odpoví dříve než vyslechne otázku
- je nedočkavý

- nedokáže si v klidu hrát a soustředit se na nějakou činnost
- vrtí se na židli, neklidné, třepe rukama a nohama
- v situacích, kdy má sedět, často vstává ze židle, běhá okolo

5.2 Informace potřebné k diagnostice ADHD podle Mundera a Arceluse:

- dosavadní přehled obtíží u dítěte a v rodině (historie symptomů)
- zdravotní anamnéza (lékařská i psychiatrická)
- školní anamnéza
- rodinná anamnéza
- tělesné vyšetření (pozorování dítěte, krevní testy, neurologická vyšetření)
- posuzovací škály
- průzkum emočních a behaviorálních poruch
- objektivní výkonové testy (Gordonův diagnostický systém)

5.3 Užitečné diagnostické nástroje

(Arcelus, Munden, 2008)

<i>Nástroj</i>	<i>Charakteristika</i>	<i>Základní informace</i>	<i>Zdroje</i>
Du Paulův dotazník	škála symptomů ADHD	přítomnost a závažnost symptomů, které v současnosti pociťuje vyšetřovaná osoba	Du Paul (1991)
škála symptomů podle DSM-IV	škála symptomů ADHD	viz výše	Gordon (1995)
dotazníky pro hodnocení situace doma a ve škole	škála pro zjišťování závažnosti symptomů ADHD v různých	viz výše	viz výše a Barkley a Edelbrock

<i>Nástroj</i>	<i>Charakteristika</i>	<i>Základní informace</i>	<i>Zdroje</i>
	prostředích		
škála dětského chování, sebehodnotovací dotazník pro učitele	metody zjišťující různé symptomy, které se vyskytují u mladých lidí, včetně sociálního stažení, somatizace, sociálního fungování, úrovně pozornosti, delikventního a agresivního chování	informace o povaze, šíři a závažnosti obtíží, které mladý člověk prožívá, lze jej porovnat s normami pro osoby stejného věku a pohlaví	Achenbach, Edelbrock (1981,1983)
dotazník předností a slabostí	jednoduchý, rychlý dotazník pro učitele a rodiče (zjišťuje širokou škálu potíží)	orientační vyšetření duševního zdraví, vyvážené informace z oblasti chování, emocí, sociálních vztahů	Goodman (1997)
Gordonův diagnostický systém	objektivní výkonový test	objektivní měření schopnosti ovládat impulzy, pohotovosti k reakcím a těkavosti(srovnávají se s normami dětí stejného věku)	Gordon (1986,1987)

6. Souvislost mezi ADHD a dalšími obtížemi

Du Paul (1994) diagnostikoval, že mezi dětmi s ADHD je 20 – 40 % dětí s dyslexií. Norští autoři si myslí, že ADHD a SPU spolu nesouvisejí, i když mají podobné projevy. Barkley (1990) uvádí, že 20-25 % dětí s ADHD trpí poruchami čtení. Výzkum v USA potvrdil, že dyslexie a ADHD jsou diagnosticky rozdílné, ale mohou se vyskytovat společně. U dětí, u kterých se vyskytují obě formy poruch, se reedukace zaměřuje na poruchu učení i chování. Zlepšení v jedné oblasti kladně ovlivňuje i oblast druhou.

„V současné době většina autorů uvádí, že jde o poruchy na sobě nezávislé, přičemž se mohou objevovat jedinci, u nichž se postižení vyskytují současně.“

(Zelinková, 2003, str.198)

„Podle C. Terrela jsou hlavními obtížemi vývoje dítěte následující poruchy: ADHD, dyslexie, autismus a dyspraxie. Jednotlivé syndromy se mohou vyskytovat izolovaně i ve vzájemných kombinacích a v neposlední řadě může dítě trpět všemi typy poruch“.

(Zelinková 2003, s.198)

6.1 Poruchy připomínající syndrom ADHD

Munden (2002, str.31) konstatuje: „ Kromě ADHD existují i jiné poruchy, které se tomuto syndromu podobají. Jsou to tělesná a psychická onemocnění, která mohou být s ADHD zaměňována, a lékař by neměl na tyto příznaky opomenout.“

Zařazuje sem somatické poruchy, léky a drogy, které mohou imitovat příznaky ADHD nebo smyslové poruchy, např. porucha zraku nebo sluchu. Dále záchvatovitá onemocnění, případně změny v chování dítěte, které jsou následkem poranění hlavy.

Patří sem i některá akutní nebo chronická somatická onemocnění, špatná výživa a spánkový deficit, který vzniká v důsledku poruchy spánku nebo nevhodného prostředí a vedlejší účinky léků a drog.

Mohou tak navozovat projevy v chování, které lze zaměnit s hyperaktivitou. Průvodním znakem těchto potíží je zejména tělesný neklid, který se objevuje bez zjevné příčiny.

Termín ODD (Oppositional Defiant Disorder-porucha opozičního vzdoru) se u nás zatím nepoužíval, i přesto že bychom děti s tímto chováním našli. Hlavním rysem jejich chování je extrémní fyzická agresivita, dominuje ztráta přizpůsobivosti, nadprůměrná nesnášenlivost, hádavost, oslabená sebekontrola a opakované odmítání plnění požadavků dospělých. Tyto děti velmi často obtěžují okolí, jsou zlomyslné, nedůtklivé a mstivé. Při konfliktech nepovažují samy sebe za zdroj obtíží a chybu vidí v druhých.

ODD má mnoho společných znaků s ADHD, především poruchy vnímání a utváření sama sebe.

„Ve skupině dětí s ADHD je přibližně 60 % dětí s ODD.“

(Zelinková, 2003, str.198)

7. Možnosti prevence

7.1 Prenatální prevence - učení před narozením

„Pozoruhodné výsledky přináší tzv. Prenatální učení - metoda specifické stimulace plodu v průběhu těhotenství. Přesnou zvukovou stimulací jsou nervové buňky nenarozeného dítěte aktivovány, čímž je posilováno zrání mozkové aktivity. Takto stimulované děti se dle výzkumné studie rodí bez pláče, s otevřenýma očima a náznakem úsměvu, mají větší porodní váhu a délku. Začínají dříve mluvit a chodit, než jejich vrstevníci. V pěti až šesti letech měly inteligenční kvocient v rozsahu 120-150 bodů. V ČR je zatím několik dětí, které učení před narozením absolvovaly. Vývojově jsou před svými vrstevníky.

(Tyl, Tylová, Ptáček, 2001)

8. Prognóza ADHD

„ADHD syndrom funguje v dětství jako porucha postihující učení, chování, sociální vztahy i sebehodnocení. Dlouhodobé studie prokázaly, že problémy spojené s hyperaktivitou nezmizí zcela ani v adolescenci, některé z nich nohou dokonce narůstat. Nejméně polovina takto postižených je přetrvávajícími potížemi znevýhodněna i v adolescenci a mladé dospělosti. Zejména prognóza syndromu ADHD není příliš pozitivní a další vývoj se může značně lišit. Hyperaktivita a s ní související potíže

přetrvávaly u 70 % adolescentů a u 65 % ještě v mladé dospělosti. Častým problémem, který je zatěžuje i v pozdějším období, je neúspěšnost a odmítání ostatními lidmi.“

(Vágnerová, 2005, str.118)

Čím dříve se však odhalí porucha a zavede se její kvalitní léčba, tím snadnější bude jejich integrace do všedního života. Mohou si najít profesi a životní styl, který jim nezpůsobí zásadní potíže a bude jim dobře vyhovovat. S pomocí rodiny a odborníků si mladý člověk může uvědomit své schopnosti a bude dál žít šťastný a úspěšný život.

Nejčastější potíže a z nich vyplývající rizika:

- školní neúspěšnost
- selhání v jakékoli profesní roli
- problémy v mezilidských vztazích
- zvýšené riziko asociálního chování

(Vágnerová)

9. Legislativa v ČR

Rámcový vzdělávací program definuje ve školství v České republice nejvyšší úroveň vzdělávání spolu s projektem Národní program pro rozvoj vzdělávání (tzv. Bílá Kniha). V roce 2004 MŠMT schválilo nové principy v politice pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Toto rozhodnutí změnilo systém kurikulárních dokumentů, které jsou nyní vytvářeny na dvou úrovních a to na úrovni státní a na úrovni školské.

Národní program vzdělávání vymezuje počáteční vzdělávání jako celek a rámcové programy pak vymezují závazné „rámce“ pro jednotlivé etapy vzdělávání (předškolní, základní a střední vzdělávání). Školní úroveň pak představuje školní vzdělávací programy, podle kterých se uskutečňuje výuka na jednotlivých školách.

Dalšími důležitými právními normami ve všech školských institucích jsou příslušné zákony, vyhlášky a metodické pokyny.

Pokud je dítěti diagnostikována porucha ADHD, může být u něho navržena integrace. Legislativní podmínky integrace vychází z Úmluvy o právech dítěte. Smluvní strany se zavazují, že výchova dítěte bude směřovat k rozvoji jeho osobnosti, nadání a rozumových schopností na nejvyšší možnou míru.

Děti s ADHD patří do skupiny vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, které probíhají v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 561/2004 Sb. (Školský zákon), vyhláškami č. 73/2005 Sb., č. 72/2005 Sb., č. 48/2005 Sb. a metodickým pokynem MŠMT ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování.

Dítě, žák a student se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením a znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. ADHD patří do skupiny specifických poruch chování, které děti řadí mezi osoby se zdravotním znevýhodněním.

Tito žáci mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.

Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky, které odpovídají jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění.

Ředitel MŠ, ZŠ, ZŠ speciální, SŠ a VOŠ může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je důležité vyjádření školského poradenského zařízení.

(Ze Školského zákona č. 561/2004 Sb. § 16).

Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tedy školský zákon č. 561/2004 Sb. nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2005, vedle opatření administrativního a organizačního charakteru zásadně mění cíle a obsahy vzdělávání a definuje pojem sebehodnocení školy, zavádí systém více úrovní vzdělávacích programů, tzv. rámcové a školní vzdělávací programy.

Nově pojaté kurikulum už není založeno na osvojování co největšího objemu faktů, ale na znalosti základních pojmů a vztahů, které umožní pracovat s informacemi a zařazovat je do smysluplného kontextu vědění a životní praxe. Klade se důraz na některé vzdělávací oblasti (např. na výuku cizích jazyků) a nová témata, tj. evropská integrace, multikulturní výchova, výchova ke zdravému životnímu stylu, apod., posilují se mezipředmětové vazby.

Individuální řazení žáků do běžných typů škol a podmínky pro práci v integrované třídě jsou stanoveny ve vyhlášce č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání .

Problematiku speciálních a specializovaných tříd, stejně jako speciálních škol řeší vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Radami při integraci žáků se specifickými poruchami chování, koordinací služeb a preventivní prací se třídou se zabývá vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Funkci asistenta pedagoga pro žáky se zdravotním postižením a pro žáky se sociálním znevýhodněním přibližují informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence č. j. 14 453/2005-24. Asistent pedagoga uskutečňuje kvalitnější vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

(Jucovičová, Žáčková, 2007)

9.1. Individuální vzdělávací program

Důležité je vypracování individuálního vzdělávacího programu, který připravuje škola vždy společně s pedagogicko-psychologickou poradnou (PPP).

(Munden, 2002)

Podle Zelinkové (2003) je individuální vzdělávací program (IVP) závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Žák může pracovat podle svých schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy a porovnávání se spolužáky. Je pomůckou k lepšímu využití předpokladů, má hodnotu motivační. Dává mu šanci být lepším. Cílem je najít optimální úroveň, v níž bude integrovaný žák pracovat. Je vodítkem pro individuální vyučování a hodnocení. Slouží

i jako zpětná vazba. Na tvorbě se podílí PPP, učitelé dítěte a ředitel školy. Do přípravy se zapojují učitelé. PPP, ředitel školy a též rodiče dětí.

Individuální vzdělávací plán je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však jeden měsíc po nástupu žáka do školy nebo po stanovení diagnózy

a zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Individuální vzdělávací plán může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby. Za zpracování IVP zodpovídá ředitel školy ve spolupráci se školským poradenským zařízením

a zákonným zástupcem žáka. Ředitel seznámí s IVP zákonného zástupce, který ho potvrdí svým podpisem.

9.2 Strategie tvorby IVP: (viz příloha č. 1)

Dle Zelinkové neexistuje optimální struktura IVP. Žádný z návrhů není možné považovat za závazný, ale jen jako jednu z možností. Základní struktura může reagovat na změny, je přístupná námětům a novým informacím. IVP rozdělujeme dělíme na dva základní typy. První typ je obsah vzdělávání, určení metod a postupů. V druhém typu se sledují specifické obtíže, snažíme se omezovat příznaky, eliminovat problémy a vyzdvihovat pozitivní oblasti vývoje dítěte.

IVP je tvořen dle následujících principů:

- vychází z diagnostiky odborného pracoviště – tj. PPP
- vychází z pedagogické diagnostiky učitele
- respektuje závěry z diskuse se žákem a rodiči
- je zpracováván pro předměty, kde se handicap výrazně projevuje
- vypracovává je vyučující daného předmětu

V příloze přikládám ukázkou IVP zaměřeného především na SPU. Na žádné zkoumané škole se IVP zaměřený více na děti s ADHD nevyskytoval.

II. Metody práce při vzdělávání a výchově dětí s ADHD

K osvědčeným metodám nápravy (reedukace) se přechází po stanovení diagnózy.

1. Reedukace ADHD

„Chceme-li dítěti účinně pomoci, musíme mu životní podmínky upravit tak, aby se mohlo chovat pokud možno normálně a pracovat naplno. Tresty, výčitky, posměšky, vynucené sliby tu nepomohou, neboť náprava není jen věcí jeho dobré vůle, ale především věcí taktického výchovného postupu. Vždyť za poškození mozkové tkáně dítě samo nemůže.“

(Matějček, 2001)

Stejně jako při stanovení diagnózy je důležitá spolupráce mnoha lidí a vytvoření tzv. „týmového“ přístupu a nápravného týmu složeného ze školního psychologa, psychologa z poradny, učitelů, rodičů, širší rodiny, rodinných terapeutů a sociální služby.

Pro dítě s ADHD je v některých případech vhodným opatřením zařazení do specializované třídy. Nelze však říci, že žák bude v této třídě úspěšný. Důležitým činitelem je sama osobnost žáka. Důležité je najít v ní pozitivní stránky a napomáhat k jejich realizaci. Pokud dítě s ADHD nastoupí do specializované třídy, mělo by na sobě poznat účinnost kladného přijetí ze strany pedagoga. To je důležité pro žáky, kteří přicházejí do specializovaných tříd z běžné třídy. V tomto případě se dá počítat s tím, že žák už nebude „outsiderem“, ale začne se zapojovat do kolektivu. Pro specializované třídy je důležité, aby učitel kladl na žáka takové nároky, aby byl schopen je vykonat.

(Třesohlavá a kolektiv, 1986)

1.1 Hlavní zásady při práci s dětmi s ADHD

Základem reedukace je změnit dosavadní životní podmínky dítěte. Vhodné prostředí by mělo podněcovat k vytváření nového způsobu chování. Dospělí, kteří přicházejí do kontaktu s dítětem, musí problematice a obtížím dítěte rozumět.

Ti, kdo se na reedukaci podílejí, nejsou jenom dospělí (rodiče, učitelé), ale také dítě samotné a jeho spolužáci, kamarádi.

- a) Pozitivní posilování, pochvaly a oceňování** – následuje okamžitě po splnění úkolu.
- b) Zpětná vazba** – je důležitá, neboť podává informace o kvalitě výkonu žáka.
- c) Instrukce a pokyny** – dítě musí dělat něco smysluplného, je důležité klást důraz na dokončení úkolu. Dítě musí přesně vědět, co má dělat. Náročnost a rozsah úkolů stoupá v závislosti na výsledcích.
- d) Úkoly** – zadáváme úkoly krátké, srozumitelné, pokud je to nutné, rozdělíme delší úkol na dvě části.
- e) Nediskutujeme o vhodnosti chování** – je nutné stanovit přesné hranice, které žák musí dodržovat. Nikdy bychom neměli dítěti s ADHD tolerovat jeho nevhodné chování.
- f) Spolužáci** – musí znát podstatu potíží svého spolužáka, jejich pozitivní vzor poskytuje vhodný model chování.
- g) Styl učení** – dítě vnímá celek, a proto mu úkol jako celek předkládáme, využíváme toho, co dítě již ví. Prostor by nemělo být příliš pestré, aby žáka příliš nerozptylovalo.
- h) Učení se o vlastním stylu učení** – vede ke spoluodpovědnosti žáka za výsledky, zaměřujeme se na řízení sebe samého, pozorování pracovních postupů, sebehodnocení.
- i) Sebekontrola a sebehodnocení** – vedeme dítě k tomu, aby si uvědomovalo své chování, hodnotilo je a snažilo se nejprve přemýšlet a potom jednat.
- j) Optimistický výhled do budoucna, klid a trpělivost.**
- k) Nepřipustit špatné osvojení učiva a informací** – obtížnost změny.
- l) Důležitá spolupráce s dítětem** – ve škole a v rodině.
- m) Využití zájmu** – je to často jediná okolnost, kdy dítě vydrží soustředěně pracovat, platí tedy zásada, že bychom se měli snažit často vzbuzovat jeho zájem.
- n) Pohyb** – volná hra a různé aktivity znamenají odpočinek nervového systému.

- o) Předejít pocitům méněcennosti** – snažíme se dítě ochraňovat před neúspěchy (např. neúspěchy v soutěžích) a vyzdvihovat jeho klady.
- p) Důležitá spolupráce rodiny a školy** – učitel má být dobře informován o příčinách obtíží dítěte a udržovat stálý kontakt s rodiči.
- q) U těchto dětí je nutné, aby rodiče zajistili pravidelný denní režim, pravidelnou přípravu na vyučování v klidném prostředí, dostatek spánku a také účast v zájmové činnosti.**
- r) Dospělí musejí mít pevné nervy a být optimističtí.**
- s) Bezpečné prostředí** - dítě s ADHD musí cítit, že prostředí, ve kterém se pohybuje, je naprosto bezpečné a osoby, které se o něho starají, ho mají rádi a může se na ně kdykoli a ve všem spolehnout.
- t) Na druhou stranu potřebuje pevné vedení, nezbytnou autoritu a kázeň.**
- u) Jednoznačnost a důslednost.**
- v) Vytvoření klidného a důvěrného prostředí** - dávat dítěti najevo lásku, cit a klid, aby vždy vědělo, že ho máme rádi. Láska a klid jsou základem výchovy.

1.2 Metody práce ve škole

Pro děti trpící syndromem ADHD je typické, že jsou roztěkané, nesoustředěné, nepozorné a jejich pozornost je kolísavá. Při vypracování domácího úkolu se nesoustředí na úkol, ale jejich pozornost je upoutána na to, co se v dětském pokoji děje, nebo co se děje za oknem na ulici. Naopak jeho pozornost někdy ulpívá na jednom poutavém předmětu a dlouho se nedokáže soustředit na nic jiného.

Výchova a vzdělávání těchto dětí je poměrně náročné. Proto se učitelé a rodiče snaží domáhat konkrétních rad, jak s těmito dětmi pracovat, a jak je vychovávat.

Jucovičová (2003, str.5) radí, jak postupovat při práci s těmito dětmi.

„Ve třídě je potřeba navodit klidnou atmosféru, aby dítě mělo pocit vstřícnosti. Dítě by se nemělo trestat za jeho impulzivní jednání. Mělo by se spíše vyzdvihoval klidné jednání a chválit jej, když se zachovalo správně. Impulzivní jednání se snažit spíše neverbálně usměrnit. Důležité je předcházet afektivnímu chování dítěte. Pokud se dítě dostane do afektu, je potřeba ho uklidnit, nezapojovat do činnosti a odpoutat od něj pozornost ostatních žáků.

Dítěti pomáhá ke zklidnění i to, že učitel dovede v této situaci zachovat klid.“
(Jucovičová,2003)

Učitelé by měli problémy řešit v okamžiku, kdy se objeví, jasně jim ukázat co je vhodné a co už není. Měli by se snažit podchytit a motivovat tyto děti, zároveň spolupracovat s jejich rodiči.

Také podle Jucovičové a Žáčkové (1990) si musíme uvědomit, že dítě s ADHD, kdykoli je unavené, reaguje zvýšeným neklidem. Proto se doporučuje dítě násilně nenutit ke klidu, protože tím ztrácí soustředění na důležitější činnosti. Rozhodně dítě netrestáme, nekáráme a nedáváme mu za příklad hodnější spolužáky. Na menší psychomotorický neklid nemusíme vždy reagovat.

Velmi vhodné je dopřát dítěti dostatek příležitostí k pohybovému uvolnění o přestávkách i během vyučovacích hodin, kdy může např.

- smazat tabuli
- rozdat nebo sebrat sešity
- dojít se vzkazem do jiné třídy
- postarat se o květiny
- proběhnout se
- zahrát si krátké pohybové hry
- zahrát si závodivé hry
- tanec při magnetofonu

Prostor je třeba věnovat odpočinku a relaxaci. „K tomu nám v nemalé míře mohou přispět relaxační techniky, protože fyzickým uvolněním, uvolněním svalového napětí dosáhneme uvolnění psychického. Navodíme tak pocit psychické vyrovnanosti a příjemného duševního rozpoložení.“

(Žáčková, Jucovičová – 2000, str.5)

Pro dítě s poruchou je obtížné umět odpočívat, a proto relaxační chvílky často zařazujeme, i když se efekt dostaví až po delší době. Využijeme klidné tlumené hudby, slovní doprovod (např. uvědomění si pocitů tíhy, tepla, ospalosti, až k přílivu energie a připravenosti k činnosti). Učitel by měl zapojit rodiče a vyzvat je, aby relaxaci využívali i doma.

- protáhnout a uvolnit se na koberci
- zacvičit si uvolňovací cviky
- dechová cvičení – dítě ho zvládá brzy samo
- jógová cvičení – pomáhá výrazně zklidňovat, uvolňovat a učit soustředěnosti
- položit hlavu na lavici a zavřít oči
- relaxační cvičení – spíše kratší a dítěti příjemné, vynucený klid efekt nepřinese

Pro udržení pozornosti můžeme využít změny poloh při vyučování

- střídat stoj, sed a klek

Osvědčeně působí střídání činností v krátkých časových intervalech (5-10-15 min)

Nezařazujeme za sebou podobné činnosti, ale naprosto odlišné.

Hyperaktivitu můžeme také ovlivnit svým přístupem k dítěti. Více pozornosti mu musíme věnovat, když se zklidní, a to těmito způsoby:

- pochvalou
- jemným, zklidňujícím dotykem (např. položení ruky na rameno, vzít je za ruku) - při častém uplatňování se dítě naučí reagovat na dotyk
- oční kontakt – snažíme se o oboustranný oční kontakt
- učitel musí být sám klidný, nesmí projevovat nervozitu a vnitřní neklid
- dát najevo svůj postoj k dítěti – dítě ví, co je od něho očekáváno
- naslouchat pocitům dítěte
- dát mu příležitost prožít i kladné emoce
- klást mu reálné cíle
- dát mu pocit, že je potřebné a prospěšné

Velmi důležité je těmto dětem přizpůsobit zasedací pořádek.

- posazení co nejblíže učiteli (ideální v předních lavicích) – omezíme tím rušivé vlivy
- samostatné sezení

Děti s poruchou se snaží upoutávat pozornost ostatních spolužáků nevhodným chováním (provokace žáků i učitele), nedokážou se ve třídě uplatnit pozitivnějším způsobem. Úkolem učitele je naučit žáky, aby na takové projevy chování nereagovali. Učitel se snaží upoutat pozornost na žáka za jiné kladné činnosti.

Pro dítě stanovíme jasný, pravidelný režim a řád, předejdeme tak pocitům nejistoty, nedůvěry, nepřehlednosti situace a očekávání neznámého. Pochopení řádu je dlouhodobá záležitost vyžadující trpělivost, pozitivní přístup a důslednost učitele. Vyučování musí být jasné, přehledné a podle daného řádu. Např.:

- důslednost v dodržování pravidel
- využívat sebehodnocení dětí
- stejný způsob zadávání domácích úkolů
- uspořádání pracovních pomůcek na lavici
- jasně daná pravidla školních akcí (návštěva divadel, projektů v přírodě, muzeí)
- snadná čitelnost učitelovy osobnosti – dítě má přesnou představu, co učitel žádá, za co bude trestáno a chváleno.
- nácvik ovládání reakcí – dlouhodobá činnost

Metody výuky čtení, psaní a mluveného projevu podle S. Riefové (1999)

Metodiky podle Riefové (1999) je možné využít ve výuce s dětmi se syndromem ADHD.

Do výuky by měly být zahrnuty integrované prostředky. Jsou to:

- metody integrované výuky čtení, psaní a mluveného projevu
- metody rozvíjení písemného projevu
- reciproční vyučování

Většina metod se soustřeďuje na čtení, psaní a na mluvený projev.

Metody, které zde uvádím, se výborně hodí pro práci s žáky, kteří mají potíže se zaměřením a udržením pozornosti, protože:

- jsou pro děti zajímavé a motivující
- jsou svou podstatou multisenzorické

- počítají s aktivní účastí žáků
- zahrnují interakci se spolužáky, což vede k rozvoji sociálních dovedností

Strategie připravující žáky na čtení:

Metody hlasitého čtení

Procvičování hlasitého čtení je ve třídě nutné, ale také to může přinášet spousty problémů. Žáci, kteří mají se čtením potíže, dokážou příběh sledovat, ale udržení pozornosti je pro ně obtížné. Při čtení ztrácejí smysl textu. Zkoušejí odhadovat, která část textu na ně vyjde a předem si ji v duchu nacvičují. To vede k tomu, že neposlouchají a příběh nesledují.

Potíže, které mohou mít žáci s ADD/ ADHD se čtením:

- tiché čtení
- udržení pozornosti při vyučování celé třídy
- potíže s jazykem / slovní zásobou
- potíže s vizuálním soustředěním na písmo

Metody výuky psaní

Žáci, trpící syndromem ADHD chybují v pravopise slov, v interpunkci a psaní velkých písmen. Jejich písmo a celkový písemný projev bývá neupravený. Píší pomalým tempem. V jejich písemném projevu je značná nečitelnost a časté gumování.

Při psaní:

- zbytečně nenecháváme přepisovat
- používáme doplňování do předepsaného textu
- testujeme spíše ústní formou
- písemné práce s volbou odpovědi

K procvičování jemné motoriky využíváme např.:

- stavění stavebnic
- skládání mozaiky, skládaček - puzzle
- modelování
- navlékání korálků
- šití, vyšívání
- vytrhávání, vystřihování a nalepování papíru
- omalovávání, vymalovávání, dokreslování, kreslení v různých pozicích (např. ve stoje, vleže, vsedě, kleče, atd.), tematicky se snažíme o rozvoj fantazie a neklademe důraz na přesnost a detail
- používání grafomotorických cvičení

Jak vyučovat pravopis slov

Děti s poruchou pozornosti se obvykle vizuálně nesoustředí na detaily a nezpozorují nebo si nevybaví jednotlivá písmena a sled slov. Děti mívají nedostatky i ve zrakové paměti, což vede ke ztížení schopnosti vybavit si, jak slovo vůbec vypadá a jak písmena ve správném pořadí zapsat.

Multisenzorické postupy napomáhají žákům chybujícím v pravopise slov:

- žáci vysloví slovo a přitom ho napíší do vzduchu
- žáci napíší slova pomocí lepidla na čtvrtku, pak čtvrtku posypou pískem, tím vytvoří plastické, trojrozměrné slovo, které lze přečíst hmatem

Metody výuky matematiky

V této kapitole uvádím specifická opatření vedoucí ke zlepšení výše uvedených dovedností.

Děti se syndromem ADHD mívají často potíže s těmito dovednostmi:

- počítají nepozorně a nepřesně
- nedokážou čísla při početních operacích v sešitě správně řadit
- mají potíže s uspořádáním úloh a jejich opisováním z knihy nebo tabule
- nevěnují pozornost operačním znaménkům
- obtížně si pamatují a vybavují základní údaje

Žáci se musí naučit řešit úlohy odhadem a využít technologických pomůcek.

Výhody uvedených metod pro děti s ADHD

- žáci jsou motivováni
- vidí smysl a lépe chápou pojmy
- zvýšení sebeúcty
- výuka se zaměřuje na silné stránky žáků a bere ohled na různé styly učení

Při poruchách řeči:

- důležitá logopedická péče ve spolupráci s rodinou
- práce s logopedickými publikacemi
- artikulační a rytmická cvičení
- spojování říkanek s pohybem, vytleskáváním, tancem
- motivovat k častějšímu vyprávění
- vyprávění podle obrázků, příběhy s neukončeným dějem, atp.
- slovní hry, tvoření rýmů

1.3 Poradenské nápravné postupy

Rodiče mohou využít možnosti konzultace nápravných postupů v pedagogicko-psychologických poradnách. Existuje celá řada metod na odstranění či zmírnění poruch.

2. Využití terapií při reedukaci dětí s ADHD

Terapie mají pozitivní vliv a nezastupitelný význam při reedukaci všech dětí se syndromem ADHD. Smyslové a prožitkové vnímání je důležité nejen pro učení samotné, ale hlavně pro uchování takto získaných informací. Náš mozek je schopen uchovat 10 % toho, co čteme, 20 % toho, co slyšíme, 30 % toho, co vidíme, 50 % toho, co slyšíme a vidíme, 70 % toho, co říkáme a 90% toho, co sami děláme.

(Vítková In Pipeková, Vítková 2001)

Mezi nejčastěji využívané terapie patří muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, ergoterapie, herní terapie, psychomotorika, canisterapie a hipoterapie. V zahraničí se začala využívat i delfinoterapie, se kterou zaznamenává velké úspěchy psycholog Anatolij Smoljaninov na Ukrajině.

Muzikoterapie je pozitivní působení hudby na celou osobnost jedince. Laická veřejnost vnímá muzikoterapii jenom jako poslech hudby, který je nazýván receptivní muzikoterapií, tedy muzikoterapií pasivní. Mnohem silněji však na jedince působí vlastní aktivní provozování hudby, neboli aktivní muzikoterapie prováděná s jednotlivcem nebo skupinově

(Wehle In Pipeková, Vítková 2001)

Hyperaktivní děti vnímají nejen muzikoterapii, ale hudbu obecně velmi kladně. Dává jim možnost vybití přebytečné energie, ale následně i pocit zklidnění a relaxace. Ve chvílích maximálního zklidnění mohou pocítit vibrace hudby na vlastním těle, mají tedy možnost hudbu nejenom slyšet, sami vytvářet, ale i pocítit.

Arteterapie je léčebné a výchovné působení výtvarného umění na jedince zdravého i na jedince se zdravotním oslabením, znevýhodněním či postižením. V arteterapii není na rozdíl od běžné tvůrčí činnosti důležitý umělecký výsledek, ale vlastní tvořivá činnost. Konečný výtvarný výtvor pak velmi často napomáhá k upřesnění diagnózy. Jde především o emocionální prožitek klienta při vlastní tvorbě. Je vhodné pracovat s velkým formátem. Dítě si samo zvolí materiál, techniky i barvy, se kterými chce pracovat. Velikost a umístění obrazu, využití plochy, použité barvy a mnoho dalších faktorů má významnou výpovědní hodnotu.

(Dostálová In Pipeková, Vítková 2001)

Velký význam má v arteterapii také práce s keramickou hlinou. Mnoho dětí se raději výtvarně vyjádří trojrozměrně a práce s hlinou je pro ně přínosná. Tato technika některým dětem nevyhovuje, protože je jim materiál na dotek nepříjemný.

Děti se syndromem ADHD se při výtvarném projevu méně věnují detailům. Mnohdy je celý výtvarný dílek nakreslen či namalován jedinou barvou, kterou si dítě zvolilo jako první, a poté už nemělo potřebu ji změnit. Někdy se stává, že téměř hotový výtvarný dílek dítě přeškrtně nebo zamaluje, a to buď stávající, nebo třeba černou či jinou tmavou barvou. Kresba dětí se syndromem ADHD je na nižší mentální úrovni, než je skutečný věk dítěte.

Dramaterapie využívá k léčbě divadelní (dramatickou) tvorbu. Stejně jako v arteterapii jsou mnohem důležitější vlastní pocity a prožitky „herců“ než umělecká hodnota výsledku. Dramaterapie působí na jedince pozitivně nejen v oblasti reedukace, ale také pomáhá rozvíjet osobnost ve všech jejích složkách. Naučit se básničku je pro mnoho dětí velice náročné. Vhodný text v divadelním představení a velká motivace vyplývající z možnosti vystupovat před kamarády či spolužáky dodává učení nový rozměr. Děti se učí komunikovat a vyjadřovat se pohybem. Snaží se vcítit do situace a do dané role. Spolupodílí se na přípravě kostýmů a vyrábí si kulisy. Děti mají možnost poznat důležitost vlastní osoby a zažijí pocit úspěchu umocněný potleskem publika. Pozitivně se rozvíjejí i sociální vztahy a vazby se spolužáky a učiteli, protože divadlo je vždy kolektivní záležitostí.

Ergoterapie neboli pracovní terapie je léčba prováděním každodenních pracovních činností. I tato terapie má pozitivní vliv na rozvoj celé osobnosti. Po stránce tělesné rozvíjí motoriku hrubou i jemnou, sebeobslužné činnosti a soběstačnost u jedinců s různými druhy postižení. Pro jedince s poruchou pozornosti a hyperaktivitou jsou pracovní činnosti často velmi náročné. Jsou nutné více soustředění a vytrvalost, které jim většinou chybí. Podporuje rozvoj pozitivních vztahů v kolektivu, neboť je mnoho každodenních pracovních činností, které vyžadují spolupráci více dětí. Pomáhá rozvíjet volní vlastnosti, protože je důležité dělat i činnosti, které nejsou oblíbené a je nutné rozdělanou práci dokončit i v případě. Ergoterapie také pomáhá klientům odreagovat se díky smysluplné práci od vlastních problémů

(Hornáková In Pipeková, Vítková 2001).

3. Psychoterapie

Munden (2008) uvádí, že pokud budeme chtít dítěti pomoci žít lepší život, musíme se „stát“ dítětem. Musíme se vžít do jeho role, postavení, pocitů a problémů, se kterými se denně potýká. Budeme potřebovat pevnou vůli, úsilí všech zúčastněných, ale i velkou představivost. Důležité je probrat podobná témata v rodině a s odborníky.

Mnoho rodičů se cítí zoufale a poníženě, protože jsou neustále napadáni za špatnou výchovu a nezvládání svých dětí. Jejich děti jsou v kolektivu neoblíbené, nechce si s nimi nikdo hrát, a to způsobuje, že i učitelé mohou být obviňováni z nezájmu a neschopnosti a cítí se frustrovaně.

Z toho vyplývá, že je mnohem více pokřivených vztahů a pocitů, které je nutné napravit. Lékaři a ostatní odborní pracovníci tak využívají různé terapeutické techniky. Připraví taková opatření, která budou odpovídat potřebám dítěte v dané životní situaci s pomocí všech ochotných a schopných dospělých.

3.1 Behaviorální terapie

Dle Mundena (2008) je behaviorální terapie založena na využívání principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Odborný pracovník používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním životě. Pro zmírnění projevů nežádoucího chování dětí s ADHD se osvědčily zejména dvě techniky – Analýza ABC a pozitivní posilování.

3.2 Rodinná terapie

Rodinní terapeuti většinou považují poruchu ADHD za rodinnou záležitost. Nehledají obvykle příčiny, ale soustřeďují se na zlepšení komunikace a porozumění mezi členy rodiny s cílem pomoci jim najít vlastní řešení problémů, které ADHD a jiné okolnosti

způsobily. Tato metoda je zejména vhodná v rodinách, kde problémy plynou z nejasné a nejednoznačné komunikace, a v rodinách, kde jsou vztahy mezi jednotlivými příslušníky rodiny napjaté nebo se bortí.

(Munden, 2008)

3.3 Individuální práce (psychodynamická terapie)

Terapeut pracuje s dítětem individuálním způsobem v pravidelných intervalech. Dítě má příležitost odhalit své myšlenky, pocity, vztahy a zkušenosti v soukromí, aniž by hrozilo nebezpečí, že rozzlobí rodiče. Terapeut může zvolit formu hry výtvarného nebo dramatického projevu a hraní rolí. Snaží se navázat s dítětem dobrý, bezpečný a přátelský vztah, zprostředkovat mu pozitivní zkušenost a pomoci dítěti i v dalších oblastech jeho života. Dítě pak snáze pochopí, jaký smysl má to, co se stalo a co se děje nyní, lépe porozumí i sobě samému. Když pak porozumí vlastnímu chování i chování druhých lidí, může dojít ke značnému zlepšení každodenního života. Důležité je vytrvat, k úspěšnému řešení je potřebný čas a velké úsilí. Musíme dát pozor na špatnou terapii, ta je horší než žádná terapie a mohla by dítěti ublížit.

(Munden, 2008)

4. EEG – biofeedback

EEG – biofeedback je metoda k posílení aktivace nervové soustavy, tréninku pozornosti a soustředění, sebeovládání a sebekázně, zklidnění impulsivity a hyperaktivity, zlepšení výkonu intelektu. Má velké a rychlé účinky při poruše spánku, zejména při problémech s usínáním. Oproti lékům má trvalý účinek. Tato metoda podporuje sebeučení pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Když mozek dostane okamžitou cílenou a přesnou informaci o ladění a rozladění svých mozkových vln, může se naučit, jak je uvést do souladu. Při prvním vyšetření zjistíme, jaké funkce je možné zlepšit. Po prvním tréninku získáme křivku učení. Elektrody snímají mozkové vlny, které program třídí do frekvenčních pásem a převádějí do digitální podoby. Počítač zpracovává signál a zajišťuje informace o tom, jak fungují mozkové vlny v daném okamžiku. Průběh mozkových vln je vidět na obrazovce a je přeložený do podoby videohry, která se hraje pouze silou myšlenky dítěte, tuto hru ovládá pouze činností svého mozku. Když narůstá aktivita mozku v žádoucím

pásmu mozkových vln, je dítě odměňováno úspěšnými výsledky. Jestliže je tomu naopak a aktivita vzrůstá v nežádoucím pásmu, tak úspěch mizí. Mozek tak v podstatě reaguje na dobré výsledky ve hře. Takto se rozvíjí proces učení nových a vhodnějších frekvencí mozkových vln. Mozek si tyto postupy ukládá do paměti, postupně si je osvojuje a dále je používá zcela automaticky. Tento proces je podobný normálnímu učení. Trénink za pomoci EEG biofeedbacku nepředstavuje žádná rizika, nemá vedlejší účinky, je nenásilný, bezbolestný, hravý a jeho účinek je trvalý. Délka tréninku trvá v průměru 6 měsíců, záleží na věku a závažnosti potíží. EEG biofeedback je zaveden v ČR od roku 1996.

(Černá)

5. Farmakoterapie

Existuje celá řada prostředků, které podporují aktivaci mozku. K osvědčeným látkám řadíme nootropika, látky podporující aktivaci nervové soustavy, protože zvyšují výživu mozkové tkáně. Nervovým buňkám přinášejí více kyslíku, glukózy a tím zvyšují průtok krve cévami v mozku. Organismus je snáší dobře, nejsou návykové a nemají vedlejší účinky.

Osvědčeným lékem je stimulancium Ritalin (metylfenidát), jedná se o derivát amfetaminu. Správným dávkováním zaručuje bezpečnost a účinnost, není návykový. Dokáže utlumit hyperaktivitu a impulzivitu a zvýšit rozsah pozornosti.

„Ritalin pravděpodobně působí na ADHD tím, že zvyšuje množství chemických přenašečů (neurotransmitterů), zejména dopaminu a noradrenalinu, v nepatrných mezírákách mezi mozkovými buňkami.“

(Munden, Arcelus, 2008, str. 77)

Děti se po zavedení léčby chovají méně agresivně, méně zapomínají, lépe slyší a registrují pokyny, a tím i méně chybují, ovládají své impulzy, jsou hodnější a poslušnější, přidělávají lidem okolo sebe méně potíží, a tak se jim zvyšuje i sebevědomí. Zvyšuje se kvalita jejich práce a jednání.

Dalším významným prostředkem je extrakt z listů stromu *Ginkgo biloba*. Používá

se na prokrvení mozkové tkáně.

Důležitou součástí léčby je podávání vitamínů, hlavně skupiny B a minerálů, především hořčíku, vápníku, draslíku, sodíku a chloru, důležitých pro správnou funkci nervových buněk.

V psychiatrické praxi se používají antidepresiva zajišťující duševní pohodu a k tlumení příznaků hyperaktivity. Při podávání léků dochází ke zklidnění, zlepšení koncentrace pozornosti a zlepšení chování a psychiky dítěte.

Často se setkáváme s tím, že někteří rodiče mají k lékům nedůvěru. Špatně se smiřují s tím, že má jejich dítě poruchu.

(Munden, Arcelus, 2008)

5.1 Přehled dalších léků užívaných k léčbě ADHD podle A. Munden a J. Arcelus:

<i>Medikace na ADHD</i>	<i>Typ</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Vedlejší účinky</i>
Ritalin	stimulans	5-60 mg	nespavost, nechutenství, tiky
Dexamfetamin	stimulans	5-20 mg	nespavost, nechutenství, tiky
Tricyklická antidepresiva (např. Imipramin)	antidepresivum	až 5 mg/kg/den	sucho v ústech, zácpa, záchvaty
Haloperidol chlorpromazin	antipsychotikum	nízké dávky	pohybové poruchy, třes, sucho v ústech, tardivní dyskinezie
Clonidin Propranolol	antihypertenzivum	-	sucho v ústech, nevolnost, útlum

III. CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

1. Dělení školního věku a základní charakteristika

Protože se ve své práci zabývám dětmi tohoto věku, uvedla bych zde důležité charakteristiky. Mladší školní věk je období od 6 let, kdy dítě vstupuje do školy, a trvá do 11 let, kdy začínají první známky pohlavního dospívání i s průvodními psychickými projevy.

V literatuře jsou uváděny i jiné názvy tohoto období. Například Čačka (1997) dělí období školního věku na dětství a prepubertu (7-12 let) a pubertu (13-15 let).

Podobně také Vágnerová (2000) rozděluje školní věk na tři dílčí fáze:

- raný školní věk (od 6-7 let, do 8-9 let)
- střední školní věk (od 8-9 let, do 11-12 let)
- starší školní věk (od 11-12 let, do 15 let)

Začátek povinné školní docházky je důležitým bodem v životě dítěte. Nástup do školy představuje výraznou změnu dosavadního života dítěte a ovlivňuje další formování dětské osobnosti. Školní zátěž vyvolaná změnu životních podmínek, na začátku docházky může přesáhnout adaptační možnosti, ohrozit zdraví, psychický vývoj a výsledky školní práce dítěte.

Dítě se na počátku 1. třídy musí vyrovnat se výrazným omezením pohybu, musí vydržet značně dlouho klidně sedět, velmi se omezí i pohyb na čerstvém vzduchu.

Školní práce klade velké nároky na CNS, smyslové vnímání a abstraktní myšlení. Často po soustavném pracovním zatížení přichází únava a u dětí s nižšími adaptačními schopnostmi se může zhoršit tělesný a zdravotní stav. Dítě by mělo být na tuto změnu připraveno (popř. zvážit odklad školní docházky).

2. Psychická zralost

V průběhu dětství se zlepšuje smyslové vnímání, zdokonaluje se zraková a sluchová diferenciací. Dítě ve školním věku je pozorné, vytrvalé, všechno důkladně zkoumá, je pečlivé a ve vnímání méně závislé na svých okamžitých přáních a potřebách.

Školní práce klade nároky na přesnost pozorování, systematickosti a plánovitosti. Pod školním vlivem se původní hlavně bezděčné synkretické vnímání postupně mění, stává se záměrným a uvědomělým procesem. Mladší školák je poměrně dobrým pozorovatelem, který nevnímá věci vcelku, ale po částech, do malých detailů. Vnímá nejen to, co se mu vnucuje, ale i to, na co záměrně dává pozor.

Na začátku prvního stupně musíme zcela určitě počítat u mnohých žáků se slabou až pasivní pozorností. Intenzita a stabilita pozornosti závisí na zvolené motivaci a pestrosti hodiny. Postupně s věkem se délka koncentrace pozornosti při méně poutavé činnosti prodlužuje.

K aktivaci pozornosti může učitel přispět pestrým obsahem učiva, jeho uspořádáním, návazností, přiměřeností a názornou demonstrací.

Bezděčnou pozornost, která převládá v předškolním věku, nahrazuje záměrné soustředění a vštěpování. Paměť je z velké části mechanická. Rozvoji logické paměti zpočátku brání malá slovní zásoba, ale také menší schopnost uvádět novou látku do souvislostí s již dříve naučeným.

Představy jsou téměř vždy vázané na prožitky. Kvalita představ se postupně zvyšuje, odklání se od povrchní celistvosti k analytickyjšímu postihování stále většího rozsahu jevů skutečnosti. Uplatněním co největšího počtu analyzátorů při utváření představ zvýšíme poutavost látky, ale i rozsah a trvalost paměťových stop. Důležitá je názornost.

Fantazie se v průběhu školní práce postupně zbavuje subjektivity a doprovodného emočního náboje. U žáka se fantazie představuje např. ve výtvarné výchově, kde žák ve své představivosti může vytvořit nebo vymodelovat svou fantazii. Dokonale vyvinutá fantazie, zase podněcuje žáka k získání vědomostí a k dalšímu poznávání ještě mnoha neznámého v okolním světě.

(Kuric, 2001)

„Postupná převaha věcné orientace na předměty a jevy, je podnětem i k rozvoji základních myšlenkových operací – jako je analýza celků na části, jejich srovnávání, chápání funkce a pak nová syntéza do strukturovanějšího celku, až po zobecňování. Tyto operace pak stojí i v pozadí postupně narůstající kvality pojmů i představ.“

(Čačka, 1994, s.58)

Na samém počátku školního věku začínají děti uvažovat zcela jiným způsobem. J. Piaget nazval způsob myšlení charakteristický pro mladší školní věk fází konkrétních logických operací. Vágnerová (1999) uvádí, že pro dítě raného školního věku je velkým pokrokem, když začíná uvažovat logicky a respektuje přitom, alespoň ve většině případů, objektivní skutečnost.

Dítě se postupně stává schopným odlišovat nepodstatné detaily od podstatných znaků. Rozšiřuje se oblast zkušeností, přibývá abstraktní myšlení. „Pozvolna se buduje systém obecných pojmů, který je výsledkem rozvíjející se schopnosti analýzy a syntézy, indukce a dedukce.“

(Machová, 2002, s. 216)

„Děti raného školního věku mají tendenci přičítat veškerému dění nějakou, pokud možno jednoznačnou, příčinu. Ve školní práci se uplatní především konvergentní myšlení, kdy dítě hledá jednu správnou odpověď na daný problém. Divergentní myšlení se ve škole tolik neuplatní.“

(Vágnerová M., 2000, s.175)

S rozvojem myšlení souvisí také výrazný vývoj řeči. Ve školním věku se zvětšuje slovní zásoba, narůstá délka a složitost vět. Souvětí, celá větná stavba i užívání gramatických pravidel, jsou stále složitější.

3. Sociální a emocionální zralost

„Citové procesy u dětí snadno vznikají a poměrně lehce odeznívají. Po nástupu do školy postupně ztrácejí svůj afektivní ráz, příznačný pro předchozí období, a jsou stále lépe ovládány. Mění se jak podněty, tak i povaha citových reakcí, vznikají také zcela nové citové prožitky.“

(Čačka, 1997, s.95)

Emoční kompetence ovlivňuje úspěšnost dítěte nejen v sociální interakci, ale i v jiných oblastech.

„Školní děti s dobrou emoční kompetencí jsou si dobře vědomy vlastních pocitů i emocí druhých lidí, vyjadřují své prožitky přiměřeným způsobem a jsou schopny své pocity kontrolovat a regulovat podle okamžité situace tak, aby to zvládnutí přítomného problému usnadnilo.“

(Langmeier, Krejčířová, 1998, s.129)

Se začátkem školní docházky postupuje začlenění dítěte do lidského společenství. Významnými osobami, podle kterých se dítě učí různým způsobům chování, už nejsou jen rodiče, ale patří k nim učitelé a spolužáci. Při kladném vztahu učitele k dětem může vzniknout boj mezi žáky o jeho přízeň. Žáci většinou v prvních třech ročnících hodnotí učitele kladně.

Cílevědomé a systematické usměrňování žáka v průběhu socializace, jak ze strany rodičů, tak ze strany školy, má velký význam pro formování různých stránek žákovy osobnosti.

(Kuric, 2001)

Emoční vývoj a schopnost seberegulace v průběhu školní docházky rychle narůstá. „V tomto věku nabývá na významu výchova k plánovitosti, rozhodnosti, schopnosti překonávat překážky a kladení vzdálenějších cílů. Začíná se vytvářet určitý ráz charakteru a osobnosti s projevem individuálních vlastností.“

(Machová, 2002, s. 217)

4. Fyzická zralost

Zde je důležitá celková tělesná vyspělost dítěte a jeho zdravotní stav. Děti menšího věku či se slabou konstitucí mohou ve škole trpět zvýšenou únavou, ale i pocity nedostatečnosti vůči větším a silnějším spolužákům. Zvýšená nemocnost pro dítě znamená velký počet zameškaných hodin. Dítě pak musí náročně dohánět zameškanou probranou látku. Pro některé tyto děti je velmi výhodná existence odkladu školní docházky. Ten umožní rozvoj tělesné vyspělosti, dozrávání imunitního systému a tím i snížení nemocnosti dítěte.

(Machová)

C. PRAKTICKÁ ČÁST

I. Výzkum

1. Stanovení výzkumného problému, cíle a výzkumných otázek

Stanovení cíle výzkumu:

Vytvořit dílčí pohled na problematiku edukace žáků s ADHD na 1. stupni ZŠ.

Stanovení výzkumného problému:

Jak je pojata edukace žáků s ADHD z pohledu učitelů na 1. stupni ZŠ?

Stanovení otázek výzkumu:

- I. Jaké jsou formy výuky u žáků s ADHD používané učiteli na 1. stupni ZŠ?
- II. Jaké jsou metody práce s dětmi s ADHD, které učitelé používají ve vyučování?
- III. Jaký je přístup učitelů k žákům s ADHD na 1. stupni ZŠ?
- IV. V jakém ohledu je příprava učitele na vyučování se zařazeným žákem s ADHD náročnější?
- V. Jaké jsou názory učitelů na integraci žáků s ADHD do běžných tříd ZŠ?
- VI. Jaké jsou přístupy učitelů k dalšímu vzdělávání v oblasti problematiky ADHD?

2. Popis použitých metod

Ke svému výzkumu jsem použila formu dotazníkového šetření. Potřebné údaje jsou získávány anonymně. Dotazníky patří k široce používaným metodám v pedagogice, psychologii, sociologii, atd. a slouží k hromadnému zjišťování jevů, např. postojů a názorů. Je to metoda časově nenáročná a s její pomocí lze získat mnoho údajů v poměrně krátkém časovém úseku od více osob najednou. Její nevýhodou je nedostatek osobního kontaktu. Dotazovaná osoba nemusí přesně porozumět formulaci otázek a odpověď je pak často zkreslená. Také velmi záleží na spolupráci a ochotě dotazované osoby a její pravdivé výpovědi.

Pro zjištění údajů jsem zvolila nestandardizovaný dotazník určený učitelům 1. stupně základních škol. Inspiraci pro vytvoření dotazníku jsem čerpala z pedagogické praxe a odborné literatury.

Před zahájením vlastního šetření byla pěti učitelům na 1. stupni ZŠ předložena první verze dotazníku. Pro nedostatečnou srozumitelnost některých otázek byl dotazník přepracován do nové podoby.

Dotazník se skládá z úvodní části, kde učitele seznamuji se zaměřením dotazníku, (tj. možnosti edukace žáků na 1. stupni ZŠ) a k jakému účelu mi jeho vyplnění poslouží, (tj. shromáždění různých pohledů na edukaci žáků s ADHD, návrhů a podpůrných opatření, a tím i zkvalitnění péče o ně). Dotazník je doplněn vysvětlivkami odborných pojmů a je sestaven z 23 otevřených a uzavřených otázek.

3. Charakteristika prostředí a respondentů

V popisu výzkumu pracuji s pojmem respondenti – tj. dotazovaní učitelé. Výzkumu se zúčastnilo 50 učitelů ze 4 městských škol z Libereckého kraje. Průměrný věk dotazovaných učitelů je v rozmezí 36-50 let, převažují ženy 1. základní škola vybraná k průzkumu se nachází v samém centru města. Převážnou část představují žáci ze sociálně slabších vrstev a děti z romských rodin. Školu navštěvuje 98 žáků, kteří se učí v deseti třídách. Druhá dotazovaná škola se specializuje na rozšířenou výuku hudební a tělesné výchovy. Je to poměrně velká škola s 22 třídami a celkovým počtem 550 žáků. Další škola je na periferii města, kde se učí 235 žáků z okolních obcí. Poslední škola z mého průzkumu, která soustřeďuje i žáky z jedné zrušené školy v Libereckém kraji, je rozdělena do dvou budov. Navštěvuje ji 572 žáků.

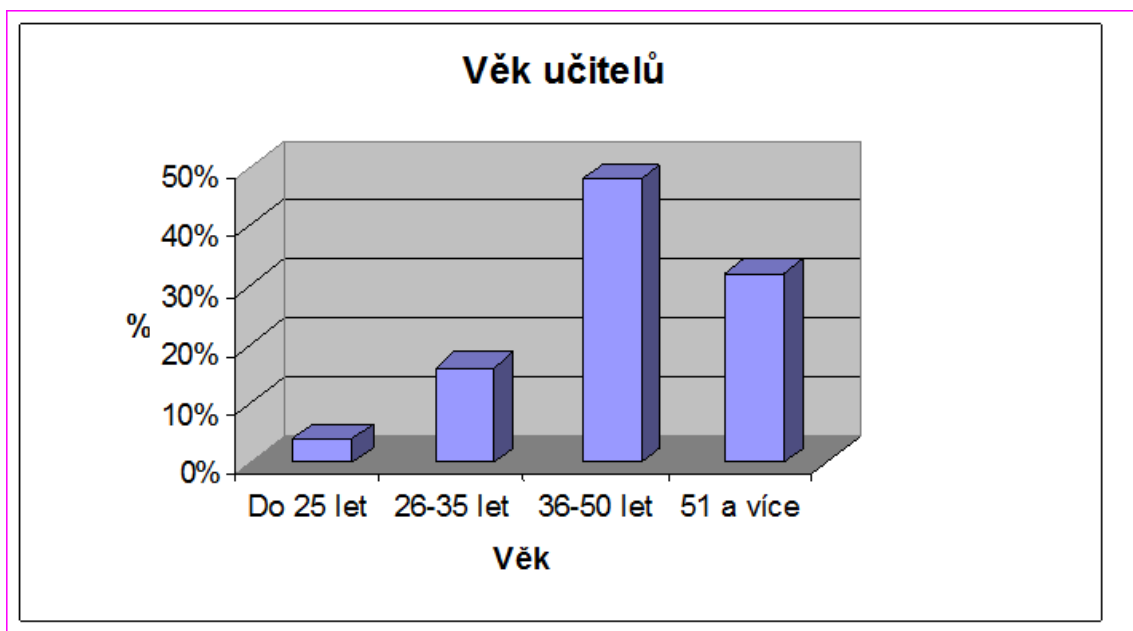
Tabulka č.1 uvádí rozdělení učitelů dle pohlaví: (N=50)

Pohlaví	Počet učitelů	%
a) žena	46	92
b) muž	4	8

Tabulka č.2 uvádí věk učitelů: (N=50)

Věk	Počet učitelů	%
a) do 25 let	2	4
b) 26-35 let	8	16
c) 36-50 let	24	48
d) 51 a více let	16	32

Graf č.1: (N=50)

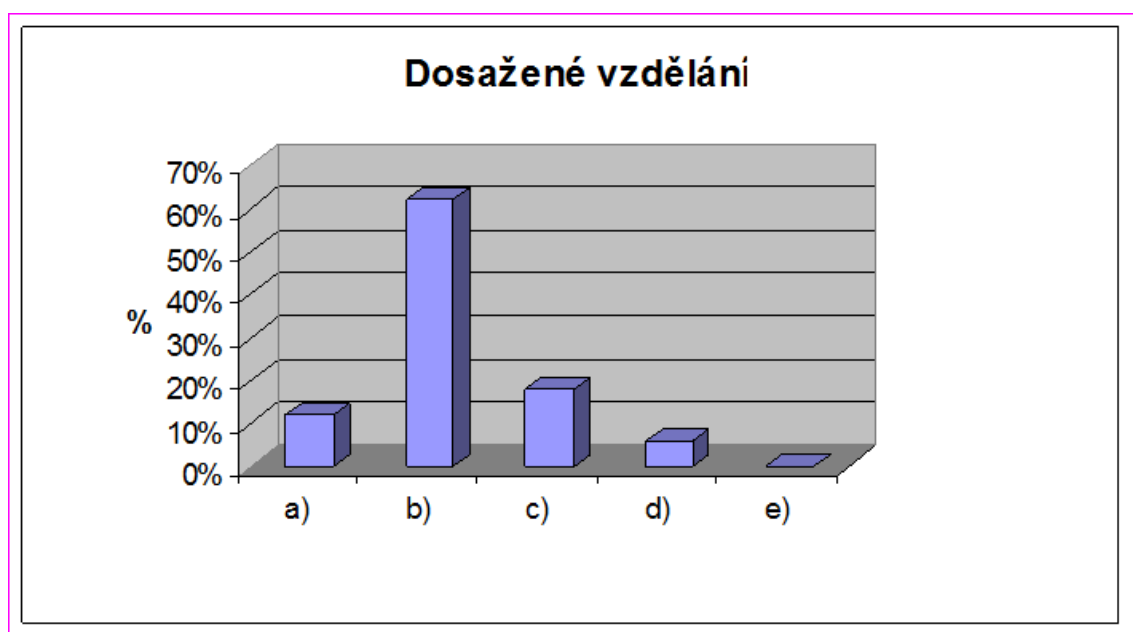


Tabulka č.3 uvádí dosažené vzdělání učitelů: (N=50)

Dosažené vzdělání	Počet učitelů	%
a) SŠ	6	12
b) VŠ - 1. stupeň	31	62
c) Speciální pedagogika	9	18
d) Speciální kurz pro děti s ADHD	0	0
e) Jiné-Státní zkouška SPUCH,dyslektický asistent	4	8

Graf č.2: (N=50)

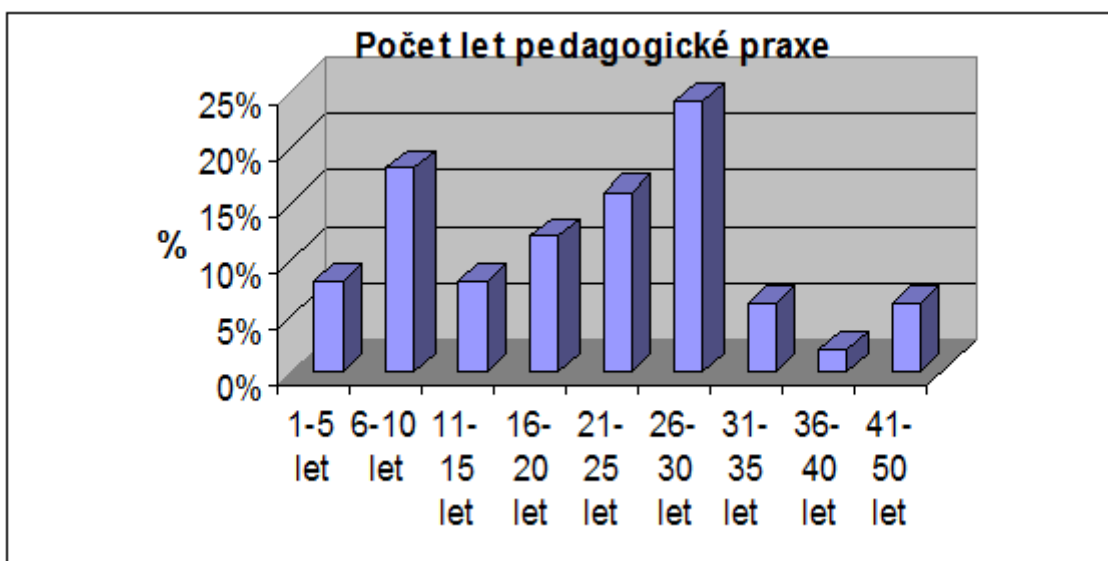
- a) SŠ
- b) VŠ – 1. stupeň
- c) Speciální pedagogika
- d) Speciální kurz pro děti s ADHD
- e) Jiné - Státní zkouška SPUCH, dyslektický asistent



Tabulka č.4 uvádí počet let pedagogické praxe: (N=50)

Počet let ped. praxe	Počet učitelů	%
a) 1-5	4	8
b) 6-10	9	18
c) 11-15	4	8
d) 16-20	6	12
e) 21-25	8	16
f) 26-30	12	24
g) 31-35	3	6
h) 36-40	1	2
i) 41-50	3	6

Graf č.3: (N=50)



Tabulka č.5 uvádí současné působení učitelů: (N=50)

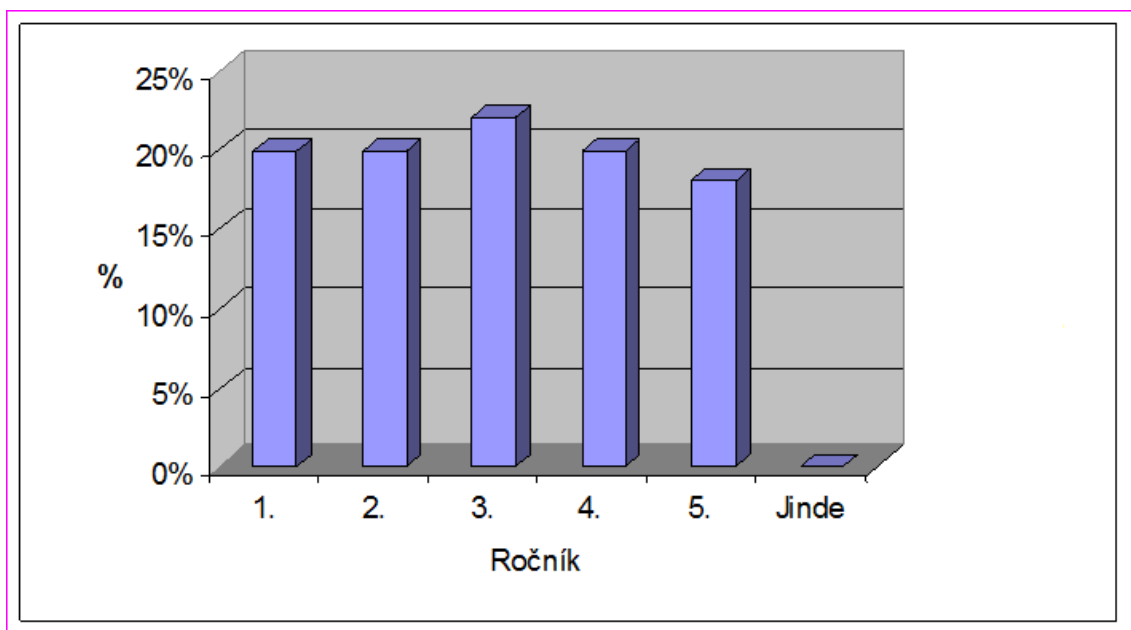
Možnosti	Počet učitelů	%
a) v běžné třídě	38	76
b) jinde	12	24

Z tabulky vyplývá, že nejvíce učitelů na ZŠ učí v běžných třídách. Ostatní učitelé učí ve speciálních nebo vyrovnávacích třídách ZŠ.

Tabulka č. 6 uvádí ročník, ve kterém učitelé vyučují: (N=50)

Ročník	Počet učitelů	%
a) 1.	10	20
b) 2.	10	20
c) 3.	11	22
d) 4.	10	20
e) 5.	9	18
f) Jinde	0	0

Graf č. 4: (N=50)



4. Realizace výzkumu

Výzkum se uskutečnil ve školním roce 2008/2009. Snažila jsem se do výzkumu zahrnout pouze ty učitele, kteří mají v současné době ve třídě dítě s ADHD nebo někdy takové dítě vyučovali. Schůzky s učiteli byly vždy předem projednány s ředitelem dané základní školy. Téměř ve všech případech jsem se setkala s příznivými reakcemi a ochotou při šetření, jak ze strany ředitelů, tak ze strany učitelů.

Daným respondentům byl sdělen účel a cíl šetření. Učitelé byli seznámeni s anonymitou dotazníku a jeho dobrovolným vyplněním. Všem bylo objasněno, jakým způsobem mají dotazník vyplňovat a byli požádáni o nezkreslené a pravdivé informace. Učitelé pracovali poměrně ochotně a v průběhu šetření se žádné problémy nevyskytly. Ve třech školách ze čtyř dotazovaných byli k mému šetření velmi vstřícní. Z 60 rozdaných dotazníků se mi vrátilo jen 58 (97 %), z toho 7 dotazníků nevyplněných vůbec. Proto bylo vyhodnocení průzkumu provedeno pouze z 50-ti dotazovaných.

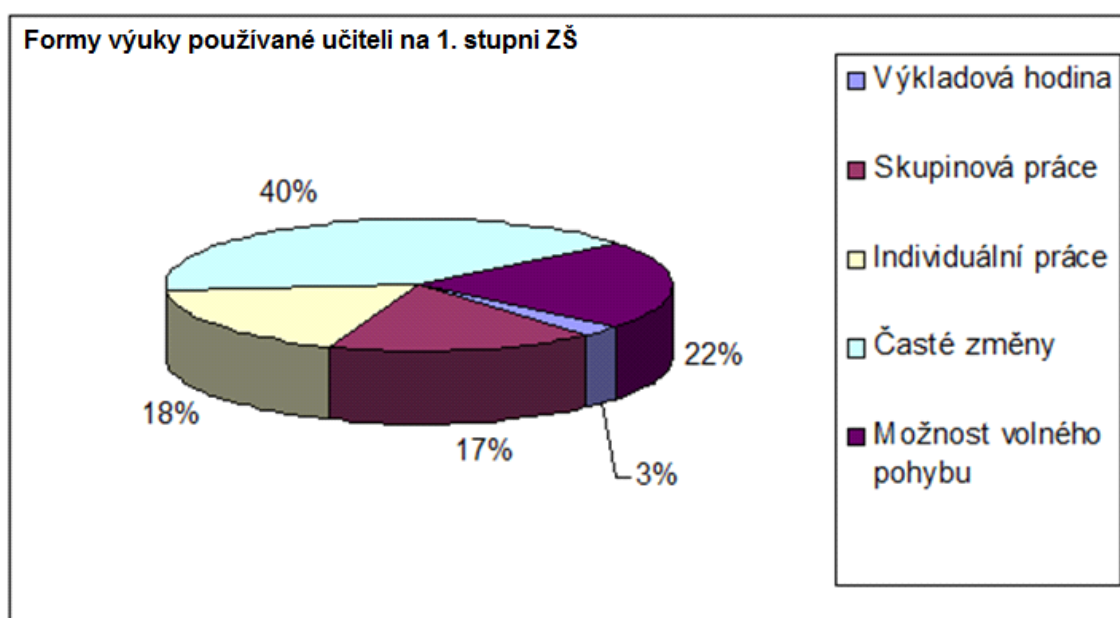
4.1 Vyhodnocení dat

- Vyhodnocení výzkumné otázky č.1

1. Jaké jsou formy výuky u žáků s ADHD používané učiteli na 1.stupni ZŠ?

Graf č.5: (N=50)

(Učitelé mohli volit více variant odpovědí)



Jak je znázorněno v grafu, největší procento učitelů, tj. 40 %, upřednostňuje ve svých hodinách se zařazeným dítětem s ADHD formu častých změn činností. Dalších 22 % učitelů dává přednost možnosti volného pohybu žáků s ADHD ve třídě. Téměř stejné procento 18 % a 17 % upřednostňují individuální a skupinové práce. Mizivý počet pouhých 3 % pedagogů se zaměřuje pouze na výkladovou hodinu.

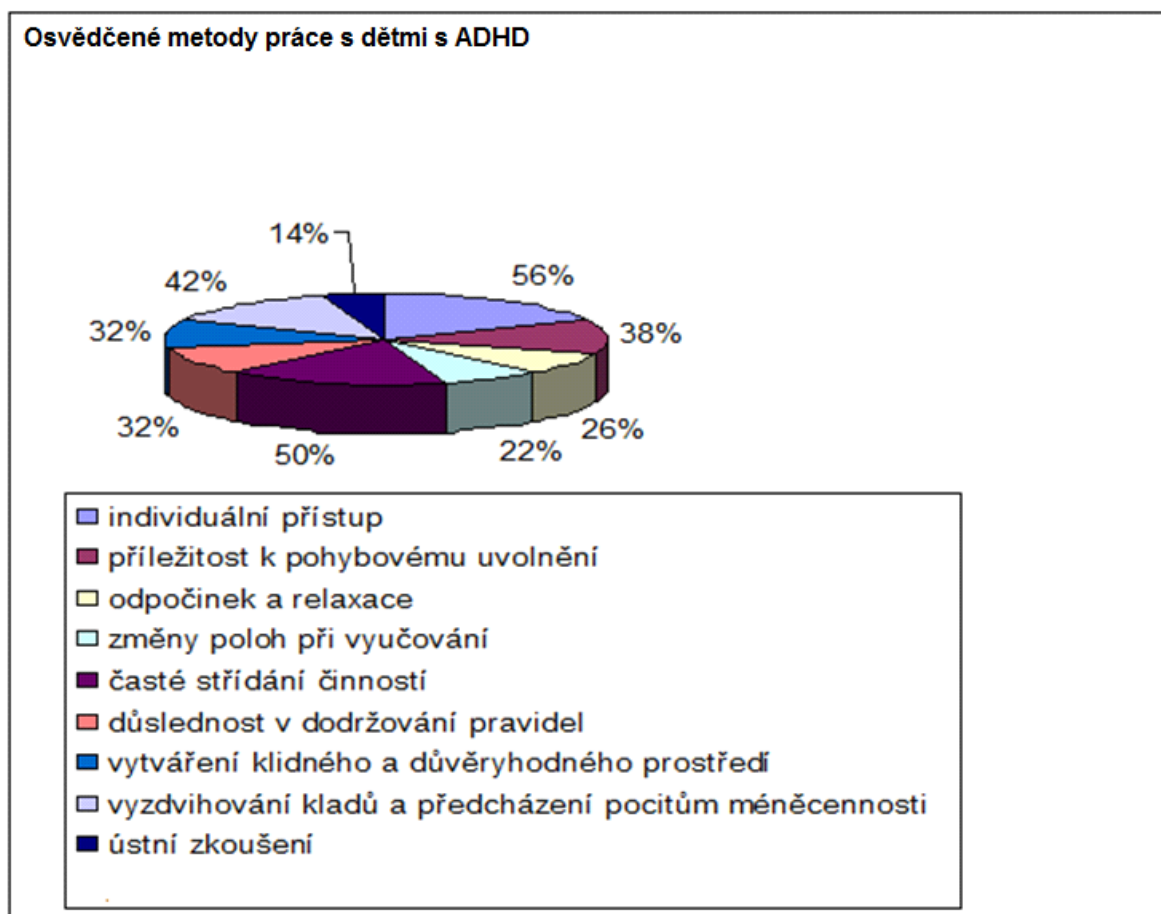
Dle mého názoru se učitelé na ZŠ snaží volit vhodné formy výuky pro děti s ADHD. Vymýšlejí různé didaktické hry, snaží se, aby žáci využívali při učení všechny smysly. Jen ve velmi nízkém procentu se objevuje výkladová hodina, která je pro děti s ADHD špatnou alternativou. Často se však učitelé zmiňovali o nedostatečných zdrojích pro inspiraci vhodných forem výuky.

● Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

2. Jaké jsou metody práce s dětmi s ADHD, které učitelé používají ve vyučování?

Graf č. 6: (N=50) Osvědčené metody práce s dětmi s ADHD

(Učitelé mohli volit více variant odpovědí)



Tabulka č. 7: (N=50) Osvědčené metody práce s dětmi s ADHD

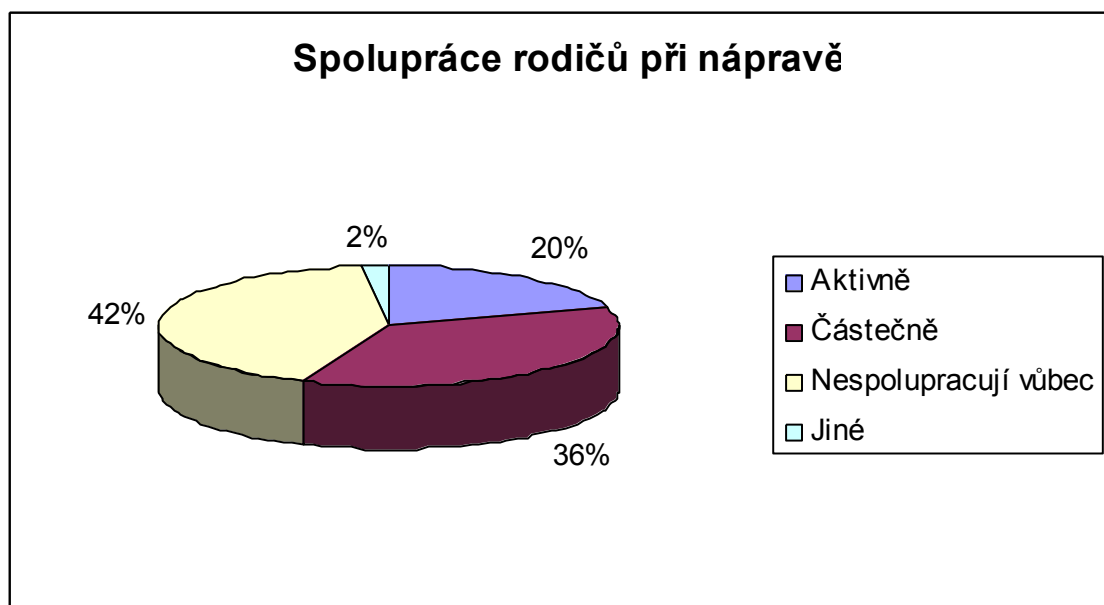
(Učitelé mohli volit více variant odpovědí)

Metody	Počet učitelů	%
Individuální přístup	28	56
Časté střídání činností	25	50
Vyzdvihování kladů a předcházení pocitům méněcennosti	21	42
Příležitost k pohybovému uvolnění	19	38
Důslednost v dodržování pravidel	16	32
Vytváření klidného a důvěryhodného prostředí	16	32
Odpočinek a relaxace	13	26
Změny poloh při vyučování	11	22
Ústní zkoušení	7	14

Graf č. 6 ukazuje využívání různých metod výuky. Více jak polovina učitelů se shoduje na důležitosti individuálního přístupu k těmto dětem a kladou důraz na časté střídání činností v hodině. 42 % učitelů se snaží vyzdvihovat klady a předcházet u těchto dětí pocitům méněcennosti. 38 % nabízí žákům možnost pohybově se uvolnit v hodině, dalších 32 % vytváří dětem klidné a důvěryhodné prostředí a stejné procento dbá na dodržování jasně daných pravidel. 26 % využívá střídání relaxačních technik, odpočinku a výuky. 14 % dává přednost pouze ústnímu zkoušení.

Myslím, že spousta učitelů různými metodami vytváří podnětné prostředí k výuce žáků s problémem ADHD. Učitelé využívají již známé a osvědčené metody, a proto jsem se z odpovědí dotazovaných respondentů žádnou novou nebo zajímavou metodu práce nedozvěděla.

Graf č. 7: (N=50) Jak s Vámi při nápravě spolupracují rodiče?



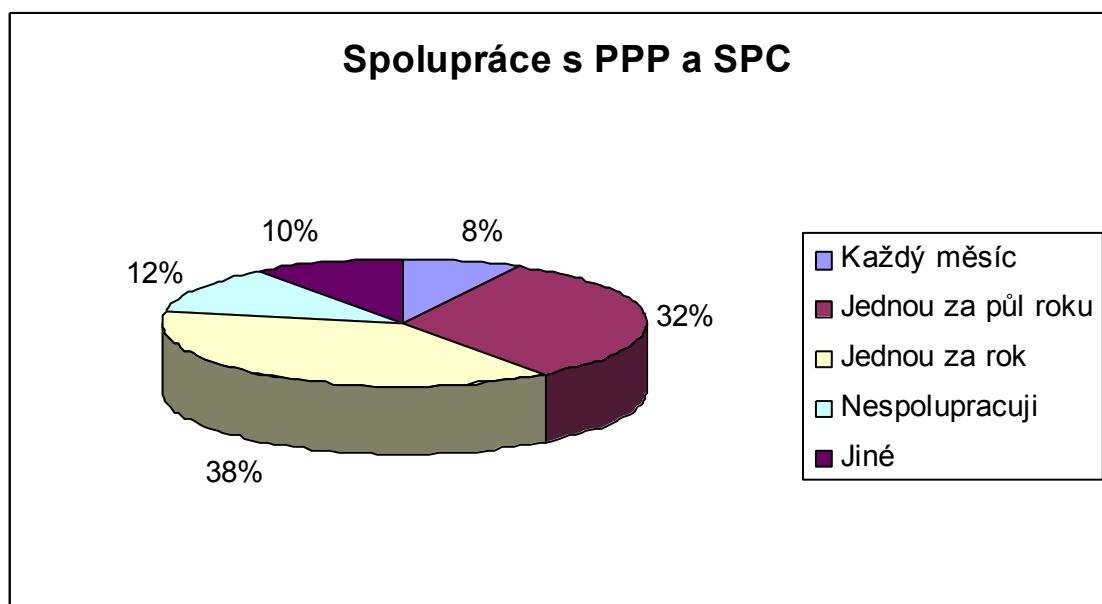
Myslím, že důležitou součástí metod výuky dětí s ADHD je i dobrá spolupráce s rodinou. Bohužel z grafu vyplývá, že 42 % rodičů většinou nespolupracují vůbec.

20 % rodičů spolupracuje aktivně, dle učitelů často dochází do školy nebo jsou v telefonickém či internetovém kontaktu. Vedou si společný záznamník vzkazů.

36 % rodičů se pouze občasně radí ve škole a dohlíží na domácí přípravu.

2 % učitelů uvedlo, že se rodiče dětí s ADHD spíše snaží o jejich zbytečné zvýhodňování, ale ne vždy v jeho prospěch.

Graf č.8: (N=50)



Nejvíce učitelů 38 % spolupracuje s PPP nebo SPC jednou do roka a 32 % učitelů jednou za půl roku. 12 % nikdy s poradnami nespolupracovalo. 10 % se vyjádřilo, že kontaktují PPP a SPC jen v případě potřeby, a to při kontrolních vyšetřeních.

Pouhých 8 % jsou ve spojení s PPP a SPC každý měsíc.

Dle mého názoru je spolupráce učitelů s poradenskými pracovišti nedostačující. Měl by se více rozvíjet vzájemný kontakt mezi nimi, protože by to jistě přispělo ke zkvalitnění výuky dětí s ADHD. V PPP dokážou obecně poradit, jak s žákem pracovat, ale konkrétní pomoc chybí.

Problémy v komunikaci s poradenstvím:

24 % nevidí žádné problémy v komunikaci s poradenskými pracovníky a jejich vzájemná spolupráce je kvalitní.

76 % učitelů uvádí opačné zkušenosti, vypisují zde některé stěžejní názory se špatnou spoluprací s poradenskými pracovníky.

- Nerespektují názor učitele.
- Často učitelé od pedagogických pracovníků neobdrží žádné rady, jen souhrny názorů, které sami napsali.

- Jejich teorie, kterou doporučují učitelům, je zcela odtržena od praxe.
- Ve zprávách používají příliš mnoho nejednotné terminologie a odborných názvů.
- Většinou potvrdí podezření na ADHD, ale nenapíší podrobné řešení pro učitele i rodiče a žádné metody.

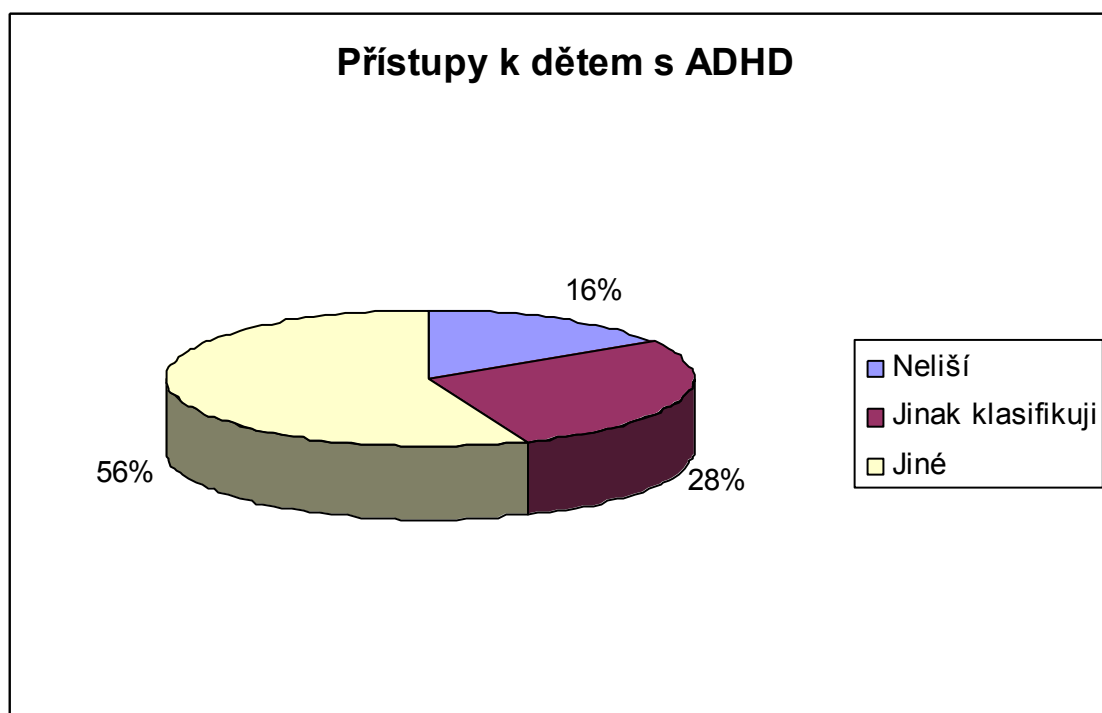
Někteří učitelé se shodují na špatné komunikaci mezi rodiči, žáky a poradenskými pracovníky.

Dle mých zkušeností z pedagogické praxe a spolupráce s poradnami se domnívám, že uvedené výroky učitelů jsou oprávněné a spolupráce poraden s učiteli by měla být na daleko vyšší úrovni. Pracovnice PPP by měly více docházet do škol, aby viděly žáky ve školním prostředí a mohly lépe a účelněji pomoci jak žákům, tak rodičům i učitelům. Ideálním řešením by bylo, kdyby byl vhodný poradenský pracovník neustále přítomný na školách.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.3

3. Jaký je přístup učitelů k žákům s ADHD na 1. stupni ZŠ?

Graf č.9: (N=50)



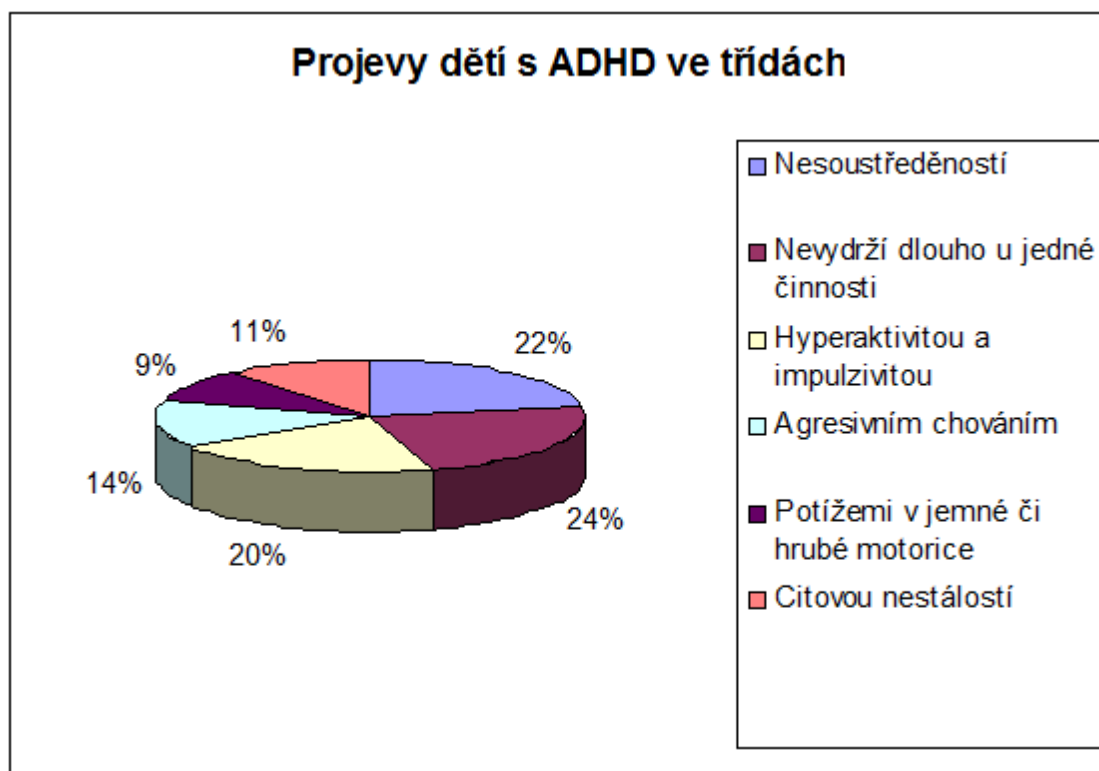
56 % učitelů má k dětem s ADHD jiný přístup než k ostatním dětem ve třídě. Učitelé se nejčastěji shodovali v individuálním přístupu. Zohledňují jejich problémy, tolerují jiné chování, nebrání volnému pohybu a potřeby uvolnění, zadávají pohybové úkoly. Dodržují nad nimi častější dohled, pevnější a důslednější přístup a více si jich všímají. Snaží se je stále vyvolávat a zaměstnávat nejrůznějšími činnostmi. Jsou k nim pozornější, tolerantnější a taktnější.

28 % přihlíží pouze k jiné klasifikaci. U 16 % učitelů se přístupy nijak neliší.

Správná volba přístupu učitelů k dětem s ADHD záleží především na daném projevu chování dítěte a na formě narušování hodiny. Viz grafy 10. a 11.

Domnívám se, že přístupy učitelů k těmto žákům jsou vstřícné a pozitivní, přesto však některé děti s ADHD vyžadují natolik individuální přístup, že při větším množství dětí ve třídě je to pro učitele téměř nezvladatelné, proto by podle mého názoru měl být v takové třídě vždy k dispozici pedagogický asistent.

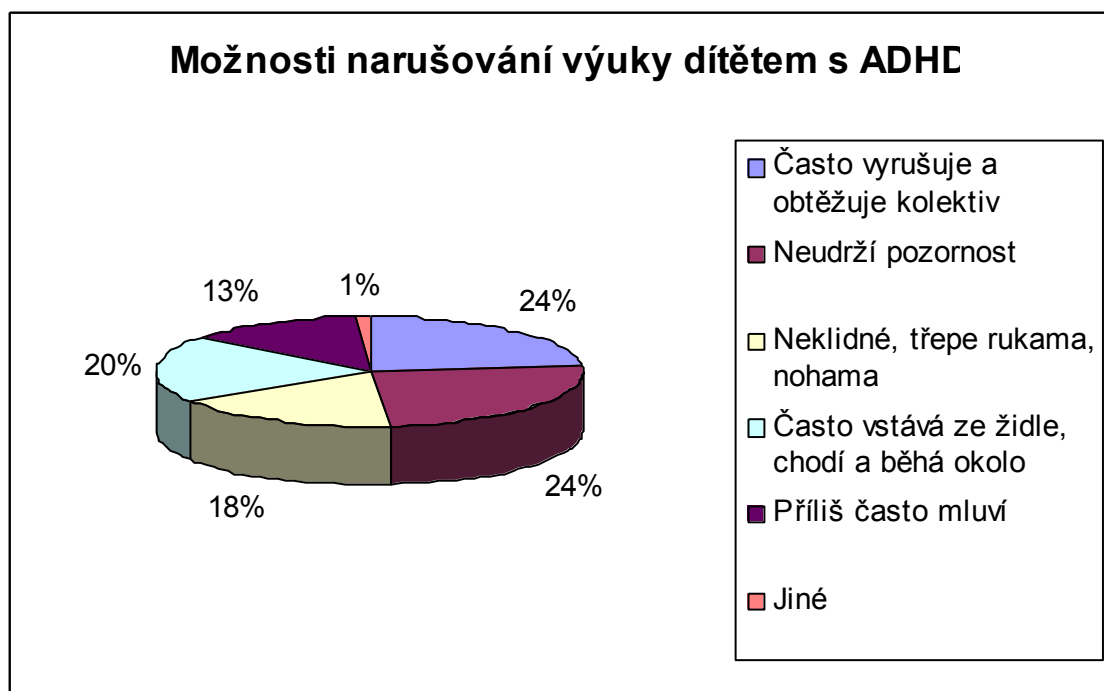
Graf č.10 : (N=50)



Dle vyhodnoceného dotazníku se nejvíce učitelů setkává s takovými projevy ADHD, kdy dítě nevydrží u jedné činnosti příliš dlouho, je nesoustředěné, hyperaktivní a impulzivní. Učitelé mají menší zkušenosti s projevy agresivního chování, potížemi v jemné a hrubé motorice či citovou nestálostí.

Jiný projev chování dítěte s ADHD ve třídě jsem z dotazníků nezaznamenala.

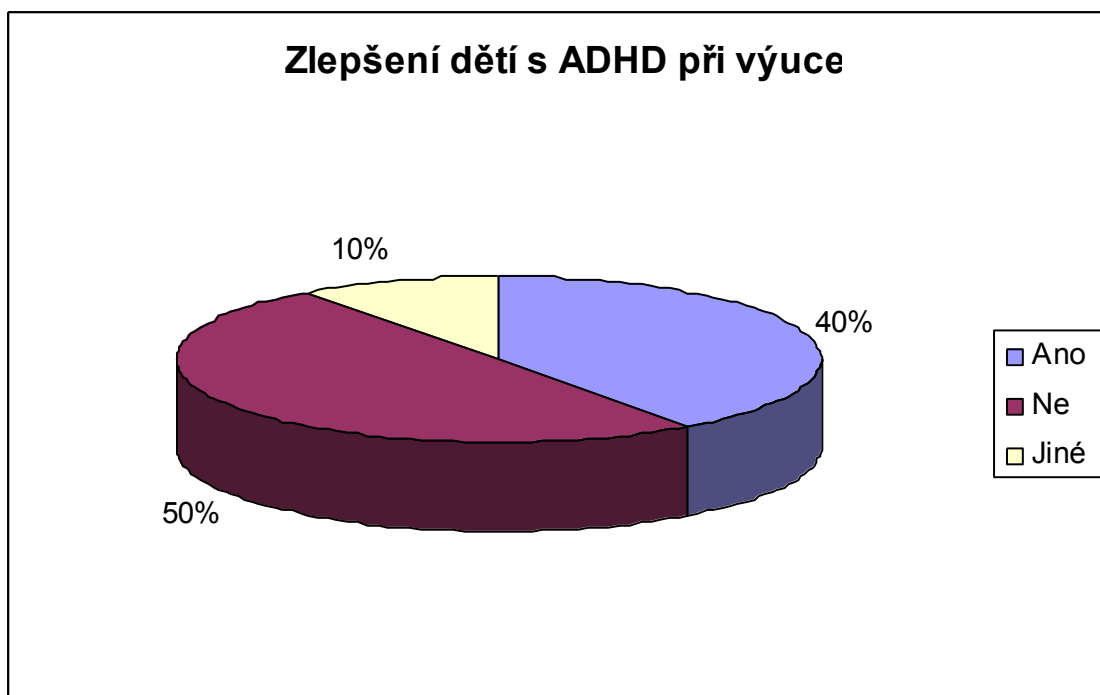
Graf č.11: (N=50)



Graf zachycuje různé narušování výuky dítětem s ADHD, se kterými se učitelé běžně setkávají v pedagogické praxi. Nejvíce dětí narušuje výuku obtěžováním kolektivu a neschopností koncentrovat svou pozornost na učení (24 %).

Malé procento učitelů (1 %) uvádí i jiné závažné problémy, např. ničení prací ostatních dětí, sprostá mluva, podvody a lhaní, poruchy ve vztazích ke spolužákům, upozorňování na svoji osobu během výuky.

Graf č.12 : (N=50)



Z grafu vyplývá, že polovina učitelů nezaznamenala žádné zlepšení při výuce žáků s ADHD i při používání speciálních metod výuky pro děti s ADHD.

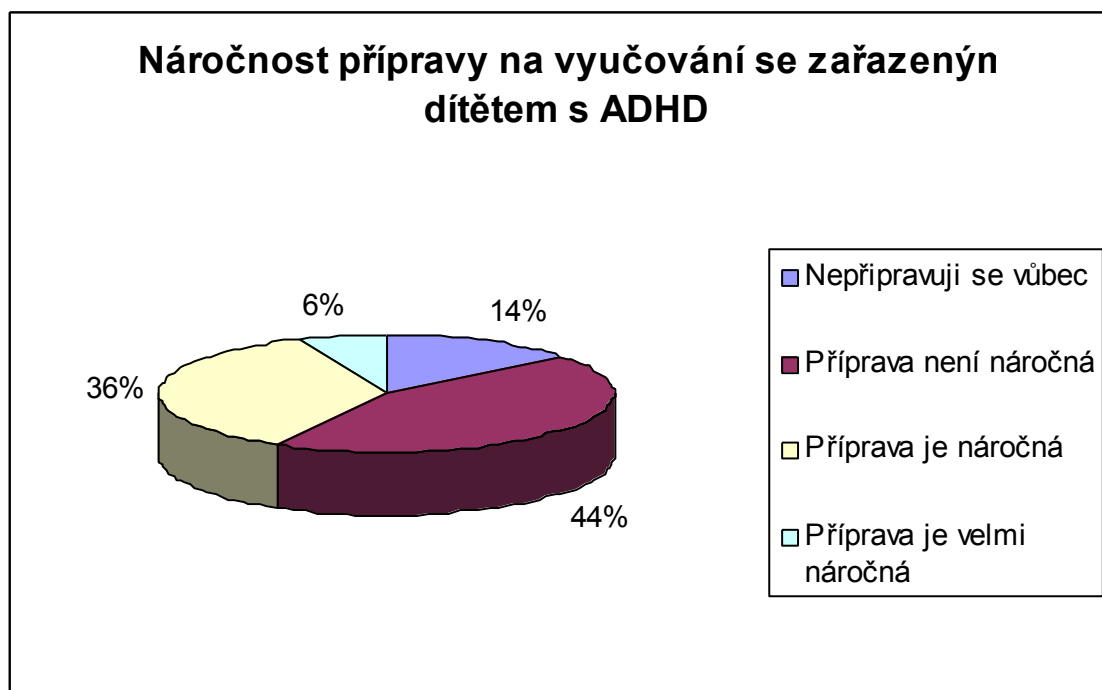
40 % uvádí zklidnění žáků při práci, zlepšení výsledků, větší spolupráci a snahu o dodržování pravidel, zlepšení spolupráce dětí ve skupině, zmírnění agresivity, snahy o úspěch, začínají se více hlásit.

10 % učitelů zaznamenalo zlepšení pouze za pomoci medikamentů. Někteří uvádí velké výkyvy mezi zlepšením a zhoršením stavu dítěte.

- Vyhodnocení výzkumné otázky č.4

4. V jakém ohledu je příprava učitele na vyučování se zařazeným žákem s ADHD náročnější?

Graf č.13: (N=50)



6 % učitelů považuje přípravu na vyučování se zařazeným dítětem s ADHD za velmi náročnou. Uvádají, že je nutné mít důkladně promyšlenou strukturu hodiny a bez řádné přípravy nelze uskutečnit kvalitní výuku.

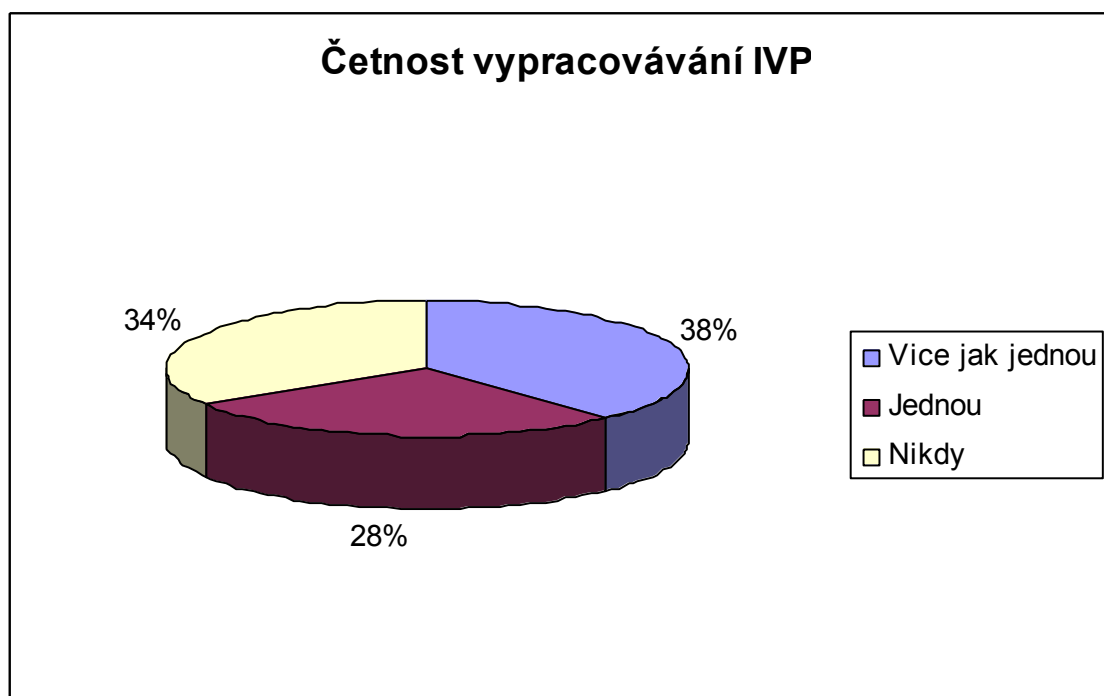
14 % učitelů se naopak nepřipravuje vůbec. Podle nich není zvláštní příprava třeba, protože děti zařazené v jejich třídách dobře reagují a plní pokyny zadané učitelem. Za náročnou považují pouze samostatnou práci ve vyučovací hodině.

38 % učitelů se shoduje, že příprava je poměrně náročná. Vyhledávají poznatky v literatuře, konzultují s kolegy danou problematiku, promýšlejí jednotlivé individuální činnosti, vytváří vlastní pomůcky do výuky, vymýšlejí takové činnosti, aby byl žák úspěšný.

Nejvíce učitelů, 44 %, si myslí, že příprava není náročná, z důvodu, že se žákovi dá poměrně snadno domluvit, pracuje s ostatními, není agresivní nebo z důvodu dlouholeté praxe.

Myslím si, že největší problém učitelům činí nedostatečná znalost problematiky a zkušenosti, jak s žáky s ADHD konkrétně pracovat.

Graf č.14: (N=50)



38 % učitelů vypracovávalo individuální vzdělávací program již několikrát. Pouze jednou IVP vypracovávalo 28 % a nikdy se s IVP nesetkalo 34 % učitelů.

Myslím, že z důvodu stoupajícího počtu žáků trpících ADHD ve třídách, by se učitelé tvorbě IVP měli věnovat častěji, protože IVP přispívá ke zlepšení zvládnutí učení a prospěchu.

- Vyhodnocení výzkumné otázky č.5

5. Jaké jsou názory na integraci žáků s ADHD do běžných tříd ZŠ?

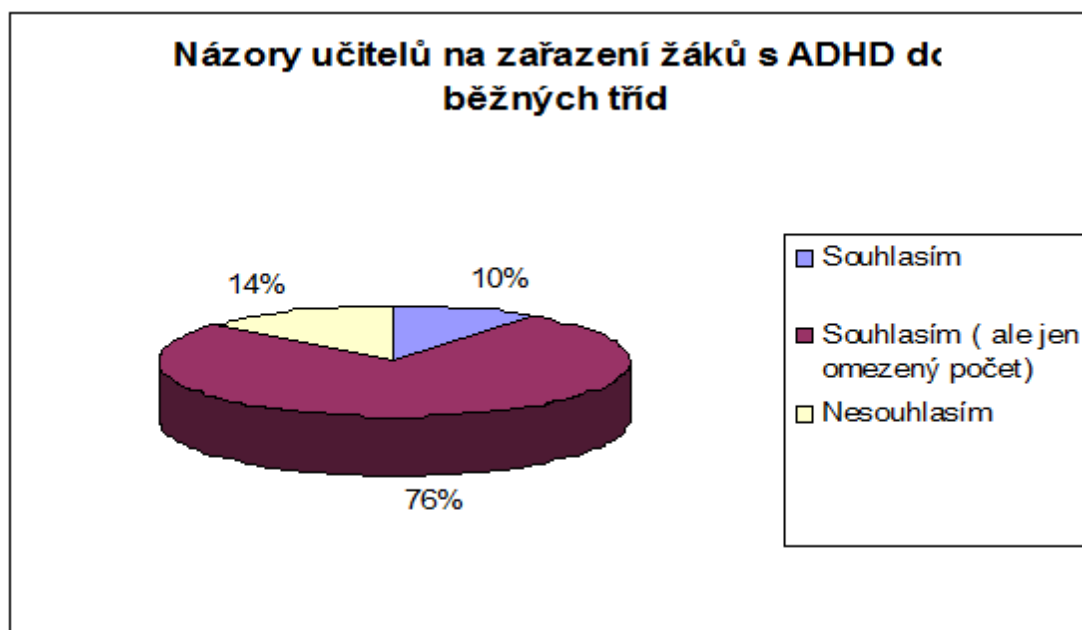
Tabulka č.8: Souhlas učitelů se zařazením žáka s ADHD do běžné třídy ZŠ.

Možnosti	Počet učitelů	%
a) souhlasím	5	10
b) souhlasím, ale jen omezený počet (1 2 3 4 5) zakroužkujte počet	38	76
c) nesouhlasím (z jakého důvodu)	7	14

Podle údajů v tabulce vidíme, že se zařazením dítěte s ADHD souhlasí téměř většina učitelů. Z toho 18 učitelů by zařadilo nejvíce 1 žáka, 17 učitelů maximálně 2 žáky, 3 žáky nevolil žádný učitel, 4 žáky by zařadil pouze jeden učitel a 5 žáků také jen jeden učitel.

Myslím, že je zřejmé, že nejlépe vyhovuje učitelům nízký počet zařazených žáků s ADHD ve třídě, protože se tak nesnižuje kvalita výuky a nabízí se stále dostatek času pro individuální přístup k dítěti s ADHD. Ze své praxe mohu říci, že již 2 žáci s ADHD zařazení do jedné třídy o 25 žácích mohou narušit vyučování takovým způsobem, že se výuka stane náročnou jak pro vyučujícího, tak i pro všechny žáky a určitě se sníží i její kvalita.

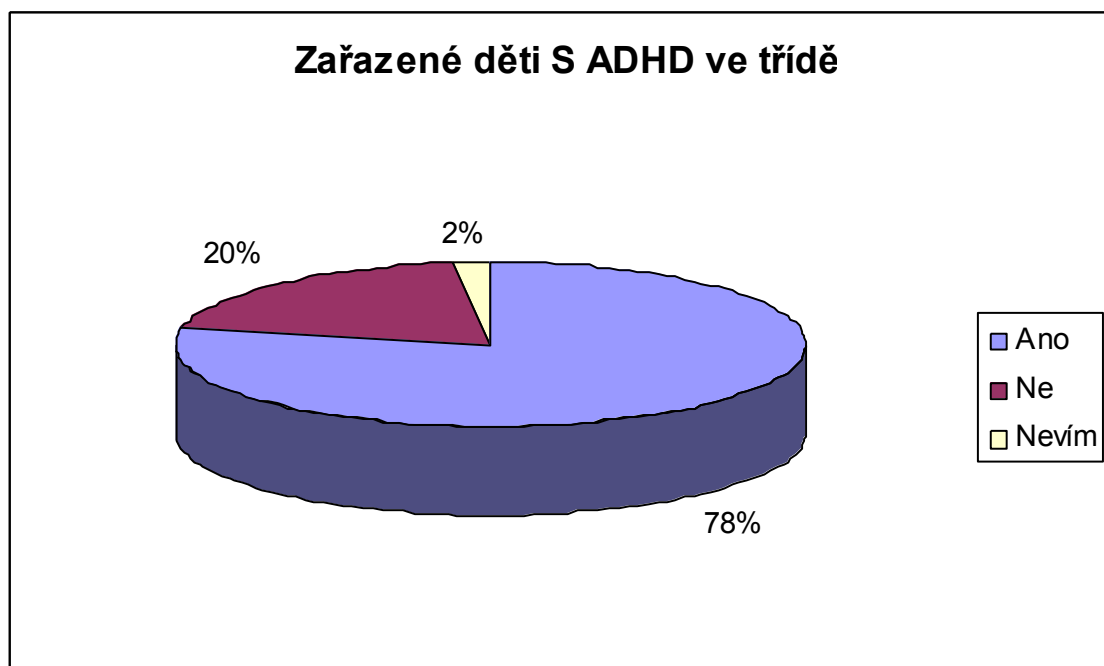
Graf č. 15: (N=50)



Tabulka č. 9: Zařazené děti znevýhodněné poruchou ADHD ve třídě (s potvrzením z PPP)

Možnosti	Počet učitelů	%
a) ano (napište počet)	39	78
b) ne	10	20
c) nevím	1	2

Graf č. 16: (N=50)



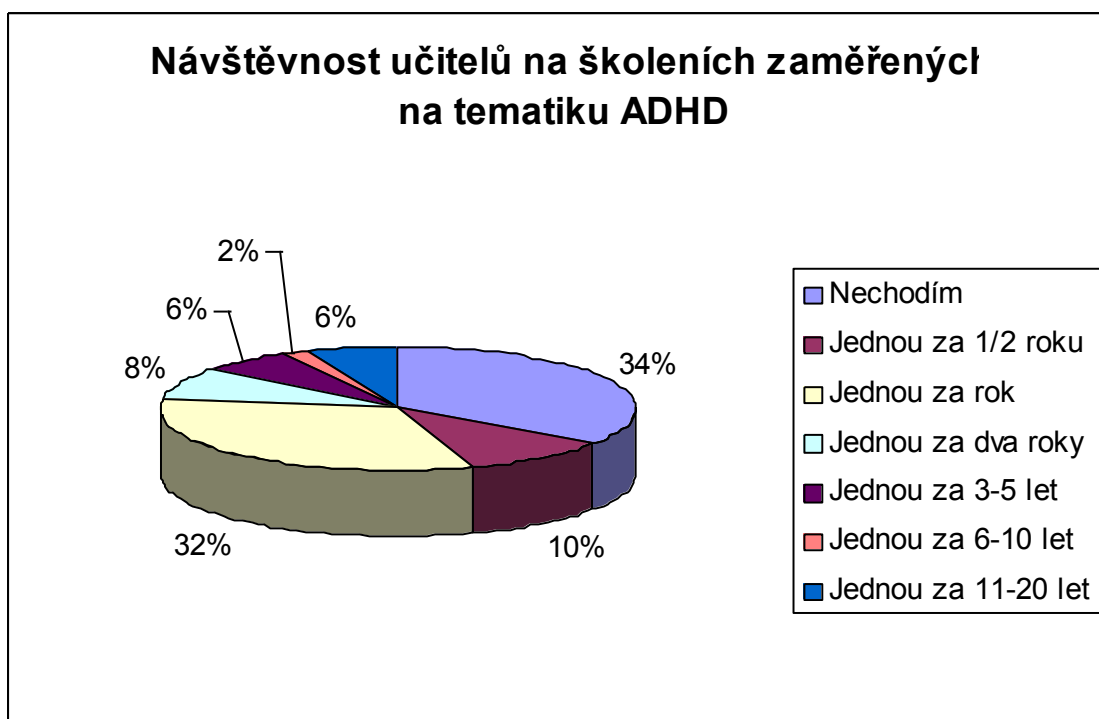
- Vyhodnocení výzkumné otázky č. 6

6. Jaké jsou přístupy učitelů k dalšímu vzdělávání v oblasti problematiky ADHD?

Tabulka č.10: Návštěvnost učitelů na školeních zaměřených na tematiku ADHD.

Možnosti	Počet učitelů	%
a) nechodím nikdy	17	34
b) jednou za půl roku	5	10
c) jednou za rok	16	32
d) jednou za 2 roky	4	8
e) jednou za 3-5 let	3	6
f) jednou za 6-10 let	2	4
g) jednou za 11-20 let	3	6

Graf č. 17: (N=50)



Podle výsledků, které jsem získala, je zřejmé, že největší procento učitelů (34 %) nenavštěvuje žádná další školení a semináře v oblasti problematiky ADHD.

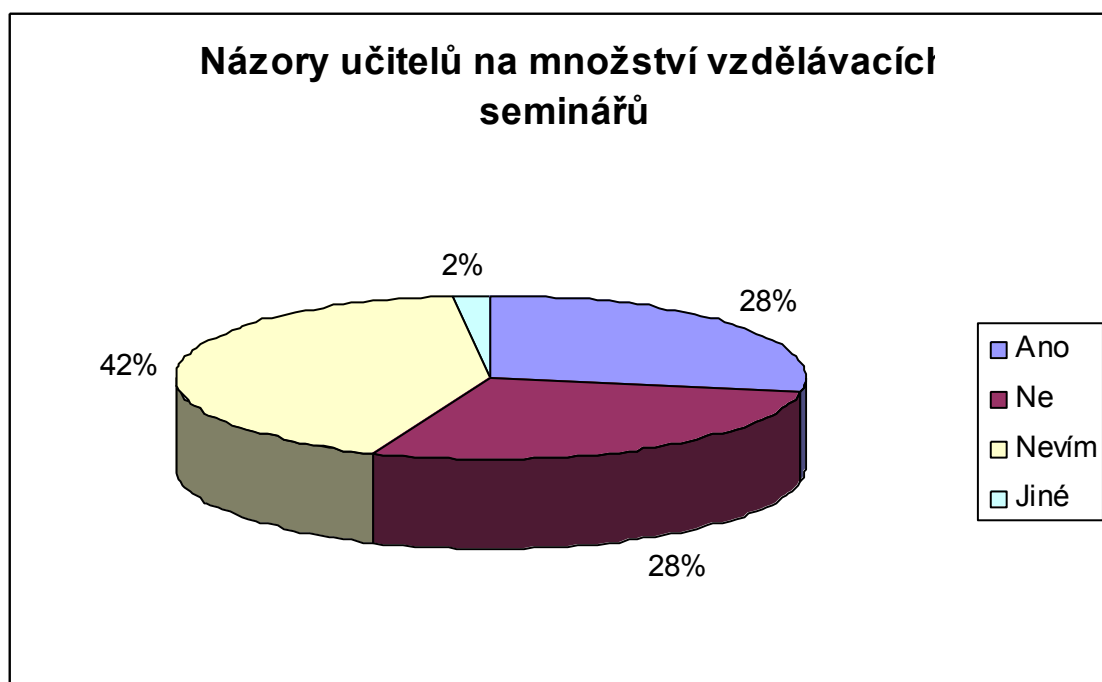
32 % učitelů se vzdělává v této oblasti jednou do roka. Dle grafu je zřejmé, že zájem o vzdělávání v tomto oboru je téměř mizivý.

Myslím si, že je to velký nedostatek, protože dětí s ADHD stále přibývá a apeluje se na to, aby se co největší množství těchto dětí zařazovalo do běžných tříd. Podle mého názoru by proto měl být zájem o další vzdělávání mnohem vyšší nežli ve skutečnosti je. Bohužel ale pouze další vzdělávání učitelů nestačí. Velký problém tvoří nedostatek financí plynoucích do školství, učitelé se cítí za svou práci nedostatečně oceněni, a také nutnost asistentek při vyučování, na které stát nemá finance. Také se domnívám, že by měl být k dispozici daleko větší výběr literatury zabývající se tímto problémem.

Tabulka č.11: Názory učitelů na dostatečnost vzdělávacích seminářů.

Možnosti	Počet učitelů	%
a) ano, dostatek	14	28
b) ne, nedostatek	14	28
c) nevím	21	42
d) nedostačující kvalita seminářů	1	2

Graf č. 18: (N=50)



Z uvedeného grafu opět sleduji spíše nezájem učitelů o další vzdělávání.

42 % dotazovaných vůbec netuší, zda se konají semináře a odborná školení s tematikou ADHD.

28 % učitelů se shodlo na názoru, že školení na ADHD je malé množství, stejné procento učitelů je opačného názoru.

2 % uvádějí, že seminářů je dostatek, ale kvalita je nedostačující, nic nového se nedozvídají.

5. Shrnutí

Výzkumem bylo zjišťováno, jaké formy výuky a metody práce u žáků s ADHD učitelé na 1. stupni ZŠ používají, jaký je jejich přístup k těmto žákům a v jakém ohledu je příprava učitele na vyučování se zařazeným žákem s ADHD náročnější. Dále byly zkoumány jejich názory na integraci těchto žáků do běžných tříd ZŠ a přístupy učitelů k dalšímu vzdělávání v oblasti problematiky ADHD.

Forma dotazníků byla vhodnou metodou pro zpracování dané problematiky. Oslovení učitelé ochotně spolupracovali.

Výzkum ukázal, že velký počet učitelů upřednostňuje formu častých změn činností při výuce a individuální přístup. Vymýšlejí různé didaktické hry a snaží se, aby žáci zapojovali při učení všechny smysly. Jen zřídka se objevila metoda výkladové hodiny, která si myslím je pro žáky s ADHD špatná alternativa..

Učitelé také nabízí žákům možnost pohybového uvolnění při vyučování nebo využívají relaxační techniky.

Z dotazníků jsem zjistila, že přípravy na hodinu pro žáky s ADHD nejsou pro velkou část dotazovaných učitelů náročnější než přípravy pro běžné žáky a někteří se dokonce na výuku nepřipravují vůbec.

Jak vyplývá z výše uvedených výsledků výzkumu, lze konstatovat, že učitelé 1. stupně základních škol v podstatě souhlasí a nebrání se integraci žáků se s ADHD do běžných škol. Vyučující se nejčastěji shodují v tom, že pro kvalitní výuku vyhovuje nízký počet těchto žáků ve třídě. Velká část učitelů má již osobní zkušenost s integrací žáků s ADHD.

Dále jsem zjistila, že přes stoupající počet dětí trpících poruchou ADHD se učitelé tvorbou IVP zabývají velmi zřídka. Poměrně velké procento se s IVP nikdy nesetkalo.

Z dotazníkového průzkumu bylo zjištěno, že pedagogové se v oblasti problematiky ADHD dále nevzdělávají anebo navštěvují semináře pouze jednou do roka. Je tedy zřejmé, že zájem o tuto problematiku je velmi malý.

Učitelé, kteří vzdělávají žáky s ADHD nejvíce postrádají informace o praktických zkušenostech ostatních pedagogů a klid a čas na individuální práci se žákem. Zde by bylo na místě, zamyslet se nad možností pravidelného setkávání pedagogů, kteří mají zkušenosti a možnosti předávání těchto informací, rad a námětů dalším kolegům.

Podle výsledků, které jsem získala, učitelům chybí dostatek nového materiálu, např. odborné knihy, brožury a také dostatečné množství kvalitních seminářů. Nedostatek času na práci se žákem s ADHD by mohl být eliminován, pokud by ve třídě spolupracoval s dítětem asistent pedagoga a zároveň se podařilo snížit celkový počet žáků ve třídě.

Při vyhodnocování dotazníku vyvstala také otázka, jak je využívána podpora poradenských zařízení (PPP). Učitelé spolupracují s PPP minimálně a jsou ve většině případů nespokojeni s doporučeními, kterých se jim dostává. Spolupráce by neměla být pouze formální, jednou či dvakrát do roka, ale teprve pravidelný kontakt a možnost stálé konzultace individuálních případů by mohl být přínosný.

Kazuistická studie žáka č.1

Osobní údaje

Chlapec A se narodil v únoru roku 1999 svobodné matce. V současné době je žákem základní školy v Jablonci nad Nisou a je vzděláván podle Vzdělávacího programu ŠVP-LMP Šťastná škola č. j 207/08. U chlapce je diagnostikován syndrom ADHD, hyperaktivita, porucha pozornosti a LMD.

Rodinná anamnéza

Matka je svobodná a narodila se v roce 1981. Je absolventkou zvláštní školy (nyní podle zákona 561/2004 sb. Základní škola praktická). Matka je samoživitelka, v současné době nepracuje, pobírá příspěvek na péči.

Otec se narodil v roce 1979 a dokončil základní vzdělání na základní škole. Je ženatý a má dvě další dcery.

Sociální anamnéza

Od raného věku je chlapec vychováván pouze matkou bez otcovské autority. Otec má jinou rodinu a s chlapcem se nevidá. Dítě nemělo stanoveny žádné hranice svého chování, matčina chaotická výchova probíhala ve špatných sociálních podmínkách a bez citového vztahu a citové vazby matky a dítěte. Ve vyšetření pedagogicko-psychologické poradny z června 2005 je popsán vztah matky a blízké rodiny k chlapci jako kritický až odmítavý. Chybí kladné podněty z okolí a kladná citová vazba s matkou. Toto deprimující prostředí prohlubuje chlapcovu nesoustředěnost (ADHD). Matce bylo doporučeno pozitivně působit na dítě a byly jí předvedeny konkrétní situace, jak s dítětem jednat, a jak na něj pozitivně působit. V současné době žije chlapec s matkou v bytě, kde donedávna bydleli ještě společně se švagrovou matky, jejím malým synem a jejím přítelem. Z jejich strany docházelo často k agresivnímu chování, slovnímu i fyzickému napadání a drobným krádežím.

Osobní anamnéza

Porod byl předčasný a komplikovaný, byl použit císařský řez. Vzhledem k poporodním komplikacím následoval převoz do nemocnice v Praze.

Od roku 2003 je chlapec v péči pedagogicko-psychologické poradny, od počátku

roku 2007 užívá léky na zklidnění se sedativními účinky, které předepisuje dětská psychiatrická ambulance.

Po zařazení do běžné mateřské školy se projevoval od počátku jako hyperaktivní a nedokázal se soustředit. Nebyl schopný podřídit se autoritě a začlenit se do kolektivu vrstevníků. Jeho schopnosti v mnoha oblastech nedosahovaly ani průměrných schopností dětí ve stejném věku. Zaostával zejména v oblasti rozumové, estetické, motorické (jemná motorika), sebeobslužné a sociální. Doporučení navštěvovat speciální mateřskou školu bylo po dohodě s matkou, psychologem a lékařem neurologem akceptováno. Poté začal chlapec navštěvovat speciální mateřskou školu.

Z vyšetření speciálně pedagogického centra vyplývá, že dochází k vystupňování hyperaktivity až k nevladatelnosti, chlapec nespolupracuje a u řízené činnosti nevydrží ani 3 minuty. Proběhla konzultace s dětským psychiatrem a byla doporučena medikace. V mateřské škole neuznával autoritu učitelek. Nebyl schopen soustředění na řízenou individuální činnost. Neustále odbíhal ze třídy. Byla snaha o zavedení režimu práce ve třídě za pomoci alternativních způsobů, ale ani tento způsob nepřinesl výraznou změnu. Na základě psychologického vyšetření a doporučení speciálně pedagogického centra nastoupil do ZŠ praktické.

Na chlapce zapůsobilo nové prostředí i nový kolektiv. Také jiný režim, ale především nová autorita. Na počátku byly jeho projevy podobné jako při docházce do speciální mateřské školy, ale díky individuálnímu přístupu učitelky bylo vidět postupné zlepšení. Chlapec se dovedl soustředit na činnost delší dobu, postupně 5 až 10 minut (někdy i déle). Byl navázán citový vztah mezi ním a učitelkou, a tím se chlapec stal zvladatelnějším. Bylo nutné velice rychle střídat úkoly, ale jejich plnění nečinilo chlapci problémy, protože byly přiměřené jeho schopnostem a možnostem. Činnosti byly střídány s těmi, které si chlapec oblíbil, například zalévání květin, mazání tabule, nebo hra s vodou.

Současná úroveň znalostí a dovedností:

Matematika - píše dobře číslice 1 a 2 na velký formát linek, počítá předměty do 6, pozná čísla 1, 2 a 3.

Čtení - čte podle obrázků ke globálnímu čtení (hůlkové písmo s obrázky), pozná tiskací písmeno A, I a čte ho ve významu spojky s obrázky.

Psaní - nacvičuje přípravné tahy pro psaní, píše hůlkové A.

Rozumová výchova - má malou slovní zásobu a jeho všeobecný přehled je dosti malý, nedokáže pojmenovat barvy, ale dovede stejné barvy přiřadit.

Pracovní výchova - jemná motorika se postupně a pomalu lepší, rád stříhá a pracuje s papírem, při maximálním soustředění stříhá podle linie. Rád pracuje, ale jeho práce je velice zbrklá a tomu odpovídá i výsledek. Rád se zapojuje do každé práce, ale u žádné nevydrží. Rychle a bez rozmyslu se nadchne pro každou práci a činnost, aniž by přemýšlel, co vlastně obnáší. Vše chce vyzkoušet, ale nic ho nebaví déle než několik minut. Jediné, u čeho vydrží delší dobu, je utírání tabule a zalévání květin. Jedná se však více o hru s vodou, než o práci. Jeho vztah k práci je nutné postupně a cílevědomě rozvíjet. Důsledné vedení ze strany pedagogů a kladný příklad spolužáků však začíná mít dobrý vliv na chlapce i v této oblasti. Velký význam zde má i případná slíbená odměna ve formě oblíbené činnosti. Občasné problémy má s koordinací pohybu.

Výtvarná výchova - po obsahové i technické stránce jsou jeho kresby nepřiměřené mentálnímu věku, postava je na úrovni hlavonožce. Rád kreslí i maluje, ale výkres má během několika minut namalovaný. Ve výtvarném projevu chybí trpělivost, převládá rychlost a potřeba mít vše co nejdříve hotové.

Hudební výchova - zpívá pěkně a rád. Rychle, ale s chybami se učí jednoduché říkanky, básničky a písničky. Je hudebně i pohybově zdatný. Hudbu miluje a má smysl pro rytmus. Z hudebních nástrojů preferuje bubny. Dokáže klidně rytmicky bubnovat, tančit podle hudby, i krátce odpočívat a relaxovat. Rád chodí se školou na koncerty, na židli se však neustále vrtí a poskakuje. S matkou koncerty ani podobné kulturní akce nenavštěvuje.

Tělesná výchova - pohybově je nadaný, fyzicky zdatný a chápe pravidla jednoduchých her. Chlapci evidentně prospívá cvičení s prvky jógy. Má na něho pozitivní a zklidňující vliv. V pohybových aktivitách však stále převládá rychlost a zbrkllost.

Sebeobslužné činnosti - osobní hygienu ve škole zvládá dobře. Dovede se sám obléct, ale nedokáže se upravit, nedokáže si zapnout zip ani knoflíky. Boty si nerozvazuje, ani si je nedovede zavázat.

Sociální dovednosti - je oblíbený mezi spolužáky - vrstevníky. Protože však nemá nejvhodnější rodinné zázemí, jen velmi pozvolna mění své chování, které se velmi nápadně podobá chování matky. Má problém se zdravením, s oslovením učitele i s používáním slov prosím a děkuji. Má problém s uznáváním autority dospělých. Komunikuje se všemi zaměstnanci školy a nyní již dobře spolupracuje s učitelem, ke kterému navázal citový vztah.

Doporučení, jak s dítětem dále pracovat:

Důležitá individuální pozornost a trpělivé vedení. Lze očekávat poruchy chování ve formě negativistických projevů vůči autoritě a umíněnost. Bude vhodné uplatnit formy práce platné u dětí s ADHD, tedy práci rozdělit na menší úseky, nechat mu mikropauzy, ponechat ho pracovat jeho tempem, dopřát motorické uvolnění (polohovat, projít se po třídě, přinést pomůcky aj.). Neřešit s ním věci v době jeho emocionálních afektů, pomoci mu najít dobrého kamaráda ze třídy. Vyzvednout ho ve výchovách, především v tělesné výchově, uspokojit jeho potřebu přijetí.

Kazuistická studie žáka s ADHD č.2

Chlapec B v současné době navštěvuje čtvrtou třídu ZŠ praktické, od první třídy se dobře začleňuje do kolektivu, ihned navazuje kontakt, je společenský, rád upoutává pozornost, je pravdomluvný.

Konstituce - somaticky vyspělý, stavba těla a výška je srovnatelná s vrstevníky.

Psychomotorické tempo zrychlené, nevyrovnaný, zjevné přebytké pohyby, reaguje až po několikáté výzvě, přesto snaživý, citlivý, lítostivý, emočně naplno projevuje své prožitky.

Verbalizace – obsahově bohatá slovní zásoba, úroveň komunikace nadprůměrně vyspělá, formálně s akceptací syrovek.

Ve škole potíže se soustředěním, nadměrná impulzivita, výrazné spontánní reakce se snahou předvést své znalosti.

Diagnostikován jako intelektově nadprůměrné dítě s odeznívajícím syndromem ADHD, ADD porucha pozornosti, dysgrafik a dysortografik.

Rodinná anamnéza:

Vyrůstá se svým bratrem v úplné rodině, rodiče mají středoškolské vzdělání, jsou zaměstnáni. Bratr Patrik je o čtyři roky mladší s projevy impulzivity. Děti mají k sobě hezký vztah. Rodina žije v bytě 4+1 v osobním vlastnictví.

Výchovné metody: Domlouvání, přesvědčování, pochvaly. Děti jsou vedeny k odpovědnosti, slušnosti, k úctě k lidem, k přírodě. Pečují o domácí zvíře. Mají dostatek pohybu a kulturního vyžití. Autoritou je otec. Kristián je silně fixován na babičku. Ekonomické a materiální podmínky velice dobré.

Osobní a vývojová anamnéza: První těhotenství, dítě chtěné. Dědičné a vážnější nemoci v rodině nezaznamenány. Dítě donošené, porod spontánní. Váha 3300g, délka 51 cm. Od šesti týdnů cvičí Vojtovou metodou z důvodu malé pohyblivosti těla. V osmi měsících se sám posadil. V deseti měsících se plazí. Ve 14 měsících chůze bez opory. Je neustálém pohybu, neúnavný. Přes noc velice dobrý spánek přes den jen hodina po obědě. Mateřskou školu navštěvuje od necelých tří let. Učitelka respektuje jeho temperament. Má pěkný vztah k mladším dětem.

Řeč obsahově bohatá, asimilace syrovek, od pěti let navštěvuje logopedickou ambulanci.

Další charakteristiky: Zrychlené psychomotorické tempo, navštěvoval grafomotorický kurz. Jízda na kole mu dělá velké problémy - špatná stabilita. Vyhraněná pravostranná lateralita. Velice si oblíbil počítač, kde nejraději hraje hry. Nástup školní

docházky odložen o jeden rok, z důvodů nesoustředěnosti a hravosti.

Při nástupu do první třídy si oblíbil paní učitelku. Kontakt navazuje lehce. Ke škole má vztah pozitivní nejvíce ho baví matematika a vlastivěda. Gramofomotorický projev ovlivněn nesoustředěností a unavitelností. Často ztrácí pomůcky.

Ve volném čase je aktivní, o učení má zájem s nápomocí rodičů. Pracuje na počítači a věnuje se zvířecímu mazlíčkovi.

Prognóza: Dítě s průkazným syndromem ADD, dobře vedený rodiči a učitelkou. Má dostatek pohybu. Rodiče spolupracují s psychologem a s PPP.

Rodiče spolu s odborníkem se shodují na příznivém vývoji chlapce a předpokládají korekci ADHD.

Doporučení, jak s dítětem dále pracovat:

V praktické škole bude třeba uplatnit individuální přístup, pomoc a vedení, opakovaný výklad. Je nutno ho vést k soustředění a zpětné kontrole. Ve psaní lze více uplatnit doplňovací texty, dát chlapci možnost psát jen krátce, neklasifikovat spec. nedostatky. Vhodné zařazení do logopedické poradny.

D. Závěr

V závěru své práce shrnuji dosažené výsledky, na základě kterých lze vyhodnotit splnění cílů v rámci prováděného výzkumu. Cílem diplomové práce byla snaha vytvořit dílčí pohled na problematiku edukace žáků s ADHD na 1. stupni základních škol.

Prostřednictvím diplomové práce jsem se snažila proniknout do problému, se kterým se setkávám denně, a který se objevuje při edukaci dětí na našich školách. V teoretické části práce jsem shromáždila, analyzovala a utřídila dostupné informace o problémech žáků s ADHD.

Pojem ADHD není mezi veřejností příliš známý, i když o hyperaktivních dětech se v poslední době mluví stále častěji. Laická veřejnost vnímá tyto děti jako neposlušné a nevychované a z jejich nevhodného chování obviňuje většinou rodiče. Děti s ADHD představují pro své rodiče i učitele náročnou zkoušku. I dětem samým přináší jejich postižení řadu problémů, např. jejich zařazení do kolektivu nebo do společnosti. Práce s dětmi se syndromem ADHD na 1. stupni základní školy je náročná pro všechny, kteří s nimi přijdou do styku. Teoretická a praktická znalost vyučovacích a výchovných metod patří k nejdůležitější výzbroji každého učitele, který chce těmto dětem pomoci a ulehčit jim vzdělání.

Z výzkumu je patrné, že oslovení učitelé jsou kvalifikovaní pedagogové. Někteří k žákům s ADHD přistupují s maximální trpělivostí a odhodlaností jim pomoci, volí vhodné formy výuky s využitím různých didaktických her. Snaží se být u těchto žáků více důslednější a dbají na dodržování pravidel. Učitelé se shodují na nedostatečné nabídce vhodné literatury a seminářů k čerpání nových inspirací, námětů, metod a forem pro výuku žáků s ADHD, přesto většina z nich nemá velký zájem o další sebevzdělávání v této oblasti.

Děti s ADHD jsou děti, jako každé jiné. Potřebují stejně lásky, pozornosti a důslednosti ve výchově a vzdělávání jako ostatní děti. Mají své lepší i horší stránky a je jen na nás snažit se je pochopit, vžít se do jejich situace a naučit se jim pomáhat.

Z vlastní zkušenosti vím, že pro práci s těmito dětmi je nejdůležitější lidský přístup, klidné vedení, pochopení a tolerance vůči jejich chování a schopnost podat pomocnou ruku v pravou chvíli.

Výzkum se uskutečňoval v rozsahu čtyř škol, a proto je tato diplomová práce spíše náhledem do složité problematiky edukace žáků s ADHD a získané výsledky nelze zobecňovat

Seznam literatury

Train, A. Specifické poruchy chování a pozornosti.

Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-131-2

Train, A. Nejčastější poruchy chování dětí

Praha: Portál, 2001

Zelinková, O. Poruchy učení

Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7

Černá, M. Lehké mozkové dysfunkce

Praha: UK, 1994. ISBN 80-7066-597-1

Čačka, O. Psychologie dítěte

Sursum, Tišňov: 1994, ISBN 80-247-01182-0

Jucovičová, D., Žáčková, H. Metody práce s dětmi s LMD.

Praha: D-H, 1996

Jucovičová, D., Žáčková, H. Metody práce s dětmi s LMD.

Praha: D-H, 2000

Munden, A., Arcelus, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita

Praha: Portál, 2008

Munden, A., Arcelus, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivita

Praha: Portál, 2002

Riefová, S. F. Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole

Praha: Portál, 1999

Vágnerová, M. Psychologie problémového dítěte školního věku

Praha: UK, 1995

Vágnerová, M. Psychologie školního dítěte

Praha: UK, 1995

Vágnerová, M. Školní poradenská psychologie pro pedagogy

Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4

Kuric, J. Ontogenetická psychologie

Brno: FS VUT, 2001, ISBN 80-214-1844-3

Školský zákon č.561/2004 Sb. paragraf 16)

Matějček, Z. Lehké mozkové dysfunkce

Praha: UZV, 1988

Třesohlavá, Z. Lehká mozková dysfunkce v dětském věku

Praha: Avicenum, 1993

Langmeier, J., Krejčířová, D. Vývojová psychologie

Praha: Grada Publishing, 1998

Dostálová, Š. Kterou barvou hřeje slunce nejvíce. In. **Pipeková, J., Vítková, M.**

Terapie ve speciálně pedagogické péči

Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-010-7

Dostálová, Š. Uplatnění komunikace s výtvarným uměním. In. **Pipeková, J., Vítková, M.**

Terapie ve speciálně pedagogické péči

Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-010-7

Horňáková, M. Činnostná terapie. In. **Pipeková, J., Vítková, M.**

Terapie ve speciálně pedagogické péči

Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-010-0'DELL

Sovák, M. Logopedie

Praha: SPN, 1981

Příloha č.1: Ukázka IVP

Jméno a příjmení žáka: Jana
Datum narození: -
Škola: ZŠ Jugoslávská
Třída: IV.
Vyšetření: Žákyně v pásmu mírného podprůměru, s ADHD, sekundárně je přidružena SPU – dysortografie, nerozvinuta sluchová percepce
Vyšetření ze dne: 10. 11. 2008
Učební dokumenty: 16847/96 – 2, Základní škola, ve znění pozdějších úprav

Vyučovací předmět:

Český jazyk:

Pro žákyni zvolit pomalejší tempo, dovolit jí používání názorných pomůcek. Při písemném projevu volit kratší texty, místo diktátů používat doplňovací cvičení. Hodnotit především dobře zvládnuté jevy. Psaný projev klasifikovat mírněji, rozlišit chyby specifické od nespecifických. Zvolit individuální přístup, kladně motivovat. Při samostatné práci sledovat, zda žákyně úkolu rozumí. Při čtení respektovat pomalejší tempo, zadávat kratší texty.

Anglický jazyk:

Pro žákyni zvolit pomalejší tempo, používat názorné pomůcky. Slovíčka ověřovat písemnou formou, je nutné tolerovat drobné chyby v zápise. Při písemném projevu volit text s doplňováním slov a tolerovat slova napsaná foneticky. Při čtení respektovat pomalejší tempo. Při samostatné práci sledovat, zda žák rozumí zadanému úkolu.

Matematika:

Pro žákyni zvolit pomalejší tempo a zkrátit rozsah práce. Nutno dbát na úplnost zápisů i výpočtů. Ověřit si, zda žákyně pokynům rozuměla. Zvolit individuální přístup, kladnou motivaci.

Ostatní předměty:

Pro žákyni zvolit pomalejší tempo, je nutné používat názorné pomůcky. Zápisy je možné kopírovat, nebo se omezit na krátké poznámky. Při písemném ověřování znalostí jsou vhodné doplňovací testy.

Speciálně pedagogická a psychologická péče:

Individuální spec. pedagog. péče se žákyní s SPU mimo vyučování v rozsahu 1h týdně, zaměřit se na doplnění učiva, při psaní se zaměřit na grafomotoriku a gramatickou složku jazyka. IVP je možné konzultovat v PPP.

Vybavení dalšími pomůckami a texty, speciálními učebnicemi:

Měkké a tvrdé kostky, přehledy gramatiky, počítačové programy, doplňovačky na rozvoj poznávacích funkcí.

Spolupráce se zákonnými zástupci:

V PPP byly konzultovány s rodiči současné závěry a dopomoc v rodině. Rodiče úzce spolupracují se školou.

Hodnocení a klasifikace:

Žákyně bude klasifikována číselně, bude brán zřetel na výše uvedené potíže.

Podíl žáka:

Žákyně se bude pravidelně připravovat na vyučování, doporučena návštěva logopeda.

Podpisy vyučujících (Učitelé byli seznámeni s IVP a budou se jím řídit)

Český jazyk:

Anglický jazyk:

Matematika:

Ostatní vyučující:

Pracovník poradenského zařízení spolupracují se školou:

Třídní učitel:

Výchovný poradce:

Rodinný zástupce:

Ředitel školy:

